

UNIVERSITE PAUL SABATIER — TOULOUSE

U.E.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 1974 . 75 .

N° 143

THESE

pour le DOCTORAT D'ETAT EN MEDECINE
présentée et soutenue publiquement en **Janvier** 1975

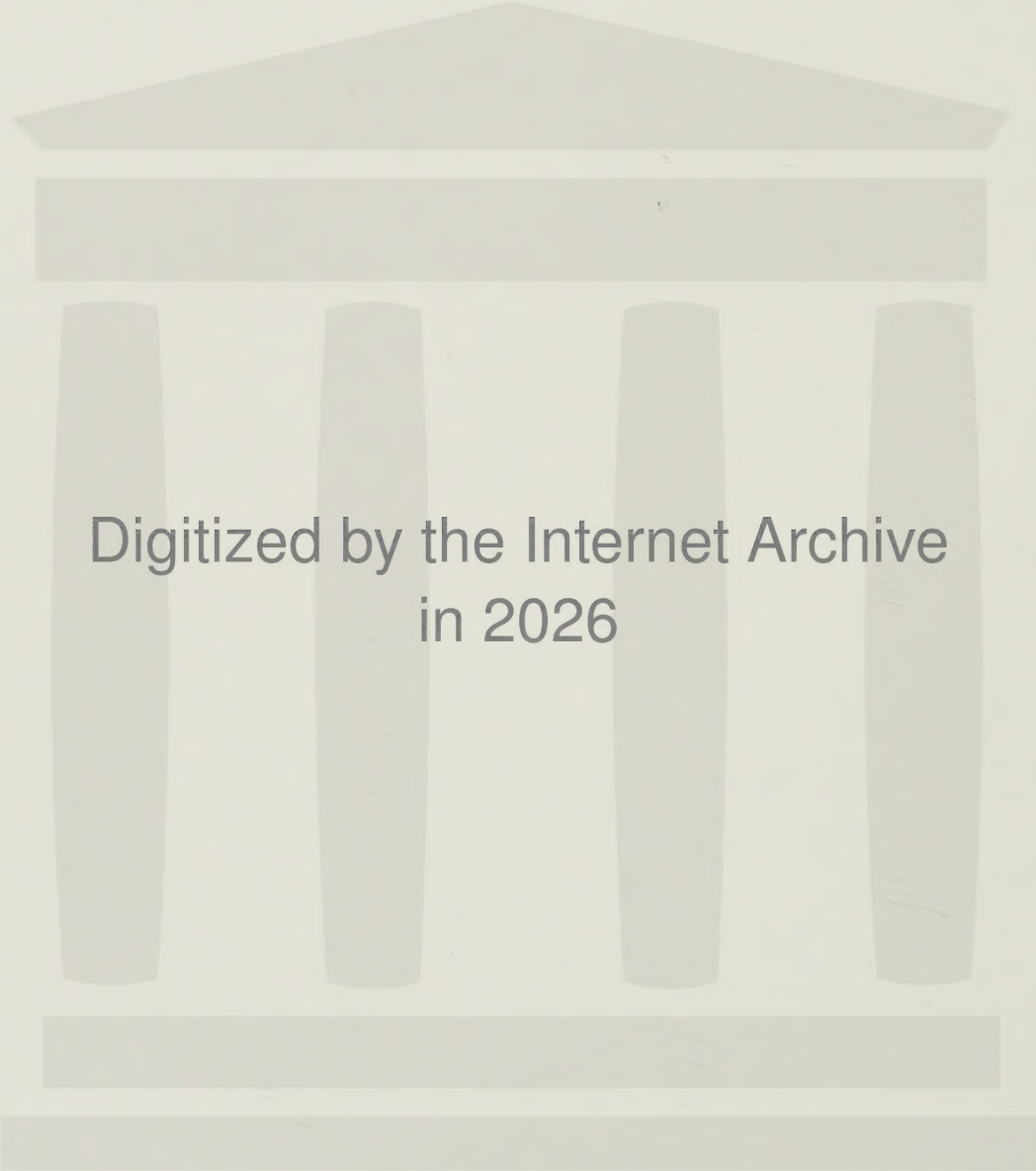
PAR

Alain BALDO

Contribution à l'étude des Couples Sadomasochistes

JURY

MM	GAYRAL	Président
	HURON	Assesseur
	BOLLINELLI	Assesseur
	MORON	Assesseur
	MILLET	Suppléant



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546613_0011

UNIVERSITE PAUL SABATIER — TOULOUSE

U.E.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 1974. 75.

N° 143

THESE

pour le DOCTORAT D'ETAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement en **Janvier 1975**

PAR

Alain BALDO

Contribution à l'étude des Couples Sadomasochistes

JURY

MM	GAYRAL	Président
	HURON	Assesseur
	BOLLINELLI	Assesseur
	MORON	Assesseur
	MILLET	Suppléant

1914

1914

THESE

PAR M. DOCTEUR ETAT EN MEDICINE
FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE 1914

1914

1914

Contribution à l'étude des

Cancers de l'estomac



UNIV. LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PAUL SABATIER

118, Route de Narbonne - 31077 TOULOUSE CEDEX

Président de l'Université M. LARENG
1er Vice-Président M. MATHIS
2ème Vice-Président M. MARTIN
3ème Vice-Président Etudiant M. DASSIER
Secrétaire Général de l'Université M. PRINEAU

TABLEAU DU PERSONNEL DES FACULTES DE MEDECINE GROUPEES DANS L'UNITE PAUL SABATIER

HONORARIAT

Doyen honoraire
Doyen honoraire
Doyen honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALVET
M. BRUSTIER
M. LAZORTHES
M. VALLOIS
M. TAPIE
M. DELAS
M. RISER
M. BUGNARD
M. VINCENT
M. MOREL
M. BOUISSET

Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALMETTES
M. THOMAS
M. LAGROT
M. DESFORGES-MERIEL
M. FABRE P.
M. JAHIER
M. SENDRAIL
M. PONS
M. SOREL
M. PLANQUES
M. MARQUES

FACULTE DE MEDECINE DE PURPAN

Doyen : M. BOLLINELLI

PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARMENGAUD	Clinique des Maladies Infectieuses
M. AUVERGNAT	Biophysique Médicale A
M. BAZEX	Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
M. BASTIDE	Anatomie
M. BEC	Ophtalmologie
M. BESSOU	Physiologie
M. BOULARD	Pathologie Générale et Médecine Expérimentale
M. BROUSSY J.	Embryologie Générale
M. DALOUS	Clinique Médicale Infantile A
M. DAMBRIN	Pathologie Chirurgicale
M. DARDENNE	Clinique Médicale et Cardiologique
M. DELAUDE	Clinique de Pneumo-phthisiologie
M. DENARD	Hydrologie Thérapeutique et Climatologie
M. DUCOS	Immunologie
M. ESPAGNO J.	Neuro-Chirurgie
M. FABRE J.	Anatomie Pathologique
M. GADRAT	Clinique Médicale Sud
M. GAYRAL	Psychiatrie d'Adultes
M. GREZES-RUEFF	Médecine Légale et Médecine du Travail
M. GRIMAUD	Clinique Chirurgicale et du Cancer

FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Doyen : M. ENJALBERT

PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARLET	Rhumatologie
M. BAISSSET	Physiologie Appliquée et Pharmacologie
M. BIERME	Hématologie
M. BIMES	Histologie
M. BOUISOUS	Anatomie Pathologique
M. BRU	Biophysique Médicale B
M. CADENAT	Clinique Stomatologique et Chirurgie Maxillo-faciale
M. CALAZEL	Cardiologie Clinique et Expérimentale
M. CLAUX	Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale
M. DARNAUD	Thérapeutique
M. DEODATI	Clinique Ophtalmologique
M. DOUSTE-BLAZY	Biochimie Médicale
M. DUPRE	Dermato-Vénérologie
Mme ENJALBERT	Bactériologie et Virologie
M. ENJALBERT	Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire
M. FICAT	Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologie
M. GEDEON	Clinique Chirurgicale
M. GERAUD	Clinique Neurologique et Psychiatrique
M. GUILHEM	Histologie
M. JUSKIEWSKI	Anatomie Appliquée

M. LAPORTE J. Séméiologie et Clinique Médicale M. LARENG Anesthésie et Réanimation M. MONNIER Hygiène et Médecine Sociale M. MONROZIES Accouchement et Obstétricie Sociale M. MONTASTRUC Physiologie Appliquée et Pharmacologie M. PASQUIE Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie M. PLANEL Biologie Médicale M. RASCOL Neurologie M. REGNIER Clinique Médicale Infantile B M. RIBAUT Pathologie Médicale M. RUFFIE R. Clinique Rhumatologique M. VALDIGUIE P. Biochimie Médicale	M. LAZORTHES G. Clinique de Neuro-chirurgie M. LE TALLEC Médecine Interne M. LHEZ Cliniques des Maladies des Voies Urinaires M. MIGUERES Pneumo-Phtisiologie M. PONTONNIER A. Clinique Obstétricale M. POULHES Clinique Chirurgicale A et Gynécologie M. ROULLEAU Electro-radiologie
PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.) MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.) M. ALBAREDE (M.C.A.) Pneumo-Phtisiologie M. ARBUS (M.C.A.) Médecine Légale et Toxicologie M. BARTHE (M.C.A.) Pédiatrie M. BESOMBES (M.C.A.) Physiologie M. BOLLINELLI (P.S.C.) Pneumo-Phtisiologie M. CATHALA (M.C.A.) Anesthésiologie M. COLOMBIES (M.C.A.) Hématologie M. COMBELLES (M.C.A.) Anatomie et Organogénèse M. COMBES (P.S.C.) Radiologie M. CONTE (M.C.A.) Néphrologie M. COSTAGLIOLA (P.S.C.) Chirurgie Générale M. ESCHAPASSE (P.S.C.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire M. ESTRADE (P.S.C.) Cancérologie M. FABRE Jean (P.S.C.) Anatomie Pathologique M. FEDOU (P.S.C.) Médecine Interne M. FOURNIE A. (M.C.A.) Rhumatologie M. GAILLARD (M.C.A.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire M. GALINIER (M.C.A.) Médecine Interne M. GAY (M.C.A.) Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique M. GHISOLFI (M.C.A.) Pédiatrie M. GUIRAUD R. (P.S.C.) Biophysique M. GUIRAUD-CHAUMEIL B. (M.C.A.) Neurologie M. LACOMME (M.C.A.) O.R.L. Mme LARENG (P.S.C.) Bactériologie - Virologie M. LARROUY (P.S.C.) Parasitologie M. LAZORTHES F. (M.C.A.) Chirurgie Générale M. PAGES (P.S.C.) Physiologie M. PASCAL (M.C.A.) Hépto-gastro Entérologie M. PONTONNIER F. (MCA) Urologie M. PUTOIS (M.C.A.) Radiologie M. SALVADOR (M.C.A.) Thérapeutique Réanimation - Rééducation Fonctionnelle et Hydrologie M. SOLEILHAVOUP (M.C.A.) Histologie, Embryologie, Cytogénétique M. UTHEZA (P.S.C.) Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique	PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.) MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.) M. BAYARD (M.C.A.) Endocrinologie M. BECUE (M.C.A.) Anatomie et Organogénèse M. BERNADET (M.C.A.) Cardiologie M. BES (P.S.C.) Neurologie M. BOUNHOURS (M.C.A.) Cardiologie M. CARTON (M.C.A.) Cancérologie Mme DIDIER (M.C.A.) Bactériologie, Virologie M. ESCAT (P.S.C.) Chirurgie Générale M. FABIE (M.C.A.) Stomatologie M. GAUBERT (P.S.C.) Chirurgie Infantile M. GERAL (P.S.C.) Physiologie M. GOUZI (M.C.A.) Chirurgie Générale M. JOVER (M.C.A.) Pneumo-Phtisiologie M. LAZORTHES Y. (MCA) Neuro-chirurgie M. MANELFE (M.C.A.) Radiologie M. MORON (M.C.A.) Psychiatrie Infantile M. PONTONNIER G. (MCA) Gynécologie, Obstétrique M. PUEL (M.C.A.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire M. PUJOL (M.C.A.) Médecine du Travail M. REGIS (M.C.A.) Biophysique M. RIBET (P.S.C.) Hépto-gastro Entérologie M. ROCCHICOLI (M.C.A.) Pédiatrie M. RUMEAU (M.C.A.) Anatomie Pathologique M. SARRAZIN (P.S.C.) Chirurgie Générale M. SEQUELA (M.C.A.) Parasitologie M. SUC (P.S.C.) Néphrologie M. VALDIGUIER (P.S.C.) Biochimie M. VIRENQUE (M.C.A.) Anesthésiologie
AGREGES LIBRES M. GLEIZES Pathologie Expérimentale M. SOUQUET Chirurgie Générale	AGREGES LIBRES M. ESPAGNO G. Obstétrique

Liste arrêtée le 1er Décembre 1974

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891)

C O N T R I B U T I O N

à l'étude des

C O U P L E S S A D O - M A S O C H I S T E S

A MA FEMME,

A MES PARENTS,

A MES SOEURS,

A TOUTE MA FAMILLE,

A MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur L. GAYRAL
Professeur de Clinique Psychiatrique

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre
profonde gratitude pour votre enseignement riche
et clair qui nous a fait aimer la psychiatrie et
pour le grand honneur que vous nous faites en
acceptant la présidence du jury de notre thèse.

A Monsieur le Professeur HURON
Professeur de Statistiques à l' Université Paul SABATIER
Médecin attaché du Centre Hospitalier Régional

Avec l'expression de notre reconnaissance pour
la bienveillante attention que vous nous avez
témoignée et en remerciement pour l'honneur que
vous nous faites d'accepter de faire partie du jury
de notre thèse.

A Monsieur le Professeur R. BOLLINELLI
Professeur de Médecine générale et thérapeutique,
Médecin des Hôpitaux

Vous avez été notre Maître à la Faculté et à
l'Hôpital.
Veuillez trouver ici un témoignage de notre
respectueux attachement pour la grande part
que vous avez prise à notre formation médicale
et un remerciement pour l'honneur que vous nous
faites de bien vouloir faire partie du jury de
notre thèse.

A Monsieur le Docteur P. MORON

Maître de Conférence agrégé de Psychiatrie
Médecin des Hôpitaux

Nous vous exprimons notre gratitude pour votre enseignement et nos remerciements pour avoir accepté de juger notre thèse.
Veuillez agréer l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur L. MILLET

Chargé de Cours à la Faculté

Vous avez bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et participer à notre travail avec une grande bienveillance.

Vous nous avez constamment soutenu de vos conseils, de vos encouragements et de votre aide précieuse et vous nous avez honoré de votre amitié.

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et l'assurance de notre respectueux attachement.

I N T R O D U C T I O N

= = = = =

Lors de stages en psychiatrie et en médecine générale, nous avons été frappés par l'importance des problèmes du couple vécus par un malade. Souvent dissimulés, au début, sous le masque de symptôme, ces problèmes se découvrent lorsque, dans le cadre des entretiens médecin-malade, nous interrogeons le patient sur son attitude envers l'autre conjoint : soumission, agressivité, dépendance ou indépendance, sur la froideur ou la tendresse qu'il éprouve, sur les conditions de sa vie sexuelle.

Nous mesurons alors à quel point de nombreux états dépressifs, mais aussi quantité de troubles psychosomatiques (migraines, insomnies, difficultés sexuelles...), ainsi que plusieurs accidents, sont l'effet d'un échec de la relation conjugale.

Souvent, dans sa volonté d'aider la personne qui lui est confiée, le médecin se heurte à l'insertion difficile de cette personne dans ce micro-groupe social important qu'est le couple.

Parfois, l'impression que le malade est "démoli" par son conjoint (il se présente souvent ainsi) entraîne la tentation de conseiller sur un mode définitif : " sortez de cette situation ; éloignez-vous ; divorcez ! ".

Il faut bien se garder de cette attitude.

Certes, des couples se dissocient tous les jours, mais le conflit qui les sépare réside beaucoup moins dans les préjudices et les offenses subis ou administrés que dans le "vécu" et, donc, l'imaginaire de chacun des conjoints.

Le couple est un domaine où la subjectivité règne en maître et où la vérité de l'un n'est pas la vérité de l'autre.

De plus, les conséquences d'une rupture s'avèrent souvent dommageables pour les intéressés et pour leur entourage, notamment les enfants.

Intervenir en faveur d'une rupture, c'est se fourvoyer dans une situation peut-être inextricable.

Si le médecin est trop directif, l'un ou l'autre des conjoints ne manquera pas de le lui reprocher un jour ou l'autre.

Enfin, nous avons été souvent impressionnés par le rapprochement inattendu de deux conjoints que nous croyions définitivement séparés après des années de discordes et de blessures mutuelles, pour reprendre une relation de même type.

C'est ce type de couple, construit sur des affinités complémentaires et solide en dépit des apparences, que nous avons voulu essayer de mieux comprendre, afin éventuellement de mieux l'aider.

Nous rapportons nos conclusions dans ce travail, utilisant le terme de " couple sado-masochique " qui nous paraît admis par l'usage courant, alors qu'il n'a encore suscité que peu d'ouvrages théoriques.

P L A N

= = = = =

Chapitre I : HISTORIQUEChapitre II : DEFINITIONS

- 1) Activité et passivité vis-à-vis de la souffrance
- 2) Le sadisme:
 - pervers érotique et sa forme fantasmatique
 - moral névrotiqueLe masochisme:
 - pervers érotique et sa forme fantasmatique
 - moral névrotique
 - le masochisme provocateur
- 3) Association fréquente des tendances sadiques et masochistes chez une même personne
- 4) Les couples sado-masochistes

Chapitre III : ONZE OBSERVATIONS CLINIQUESChapitre IV : COMMENTAIRES DES OBSERVATIONS

- 1) Avant-propos : on ne connaît qu'un partenaire du couple
- 2) Hospitalisation:
 - les motifs d'hospitalisation
 - l'expression du conflit conjugal
 - les facteurs déclenchant l'hospitalisation; conséquences
 - la déviation assumée
- 3) Les couples sado-masochistes:
 - les facteurs de prédisposition : âge, différence d'âge, profession et statut social, durée de vie du couple, sexe, conflits infantiles
 - les couples sado-masochistes proprement dits
 - la nature du lien conjugal sado-masochiste
 - les névroses sadique et masochiste; les couples sado-masochistes et les autres névroses.

Chapitre V : APERÇUS PSYCHOPATHOLOGIQUES

1) Métapsychologie:

- Première théorie de FREUD
- Deuxième théorie de FREUD

2) Psychogénèse du sadisme :

- les étapes pré-oedipiennes
- le conflit oedipien
- le complexe de castration
- le rôle des frustrations subies
- le manque de frustration
- le surmoi faible du sadique

3) Psychogénèse du masochisme :

- les stades pré-oedipiens
- la peur des réactions agressives
- le complexe de culpabilité
- le rôle des frustrations
- l'angoisse de la castration
- la masochisme organique
- le plaisir de la douleur par érotisation
- les fantasmes masochistes

4) Approche plus globale de la genèse du sado-masochisme conjugal; le terrain "hystéro-paranoïaque" et ses conséquences au niveau du couple

5) Le sado-masochisme chez un même individu

Chapitre VI : TRAITEMENT

1) Introduction

2) Conditions préalables à l'exercice d'une psychothérapie individuelle

3) Les psychothérapies individuelles:

- non analytiques
- analytiques

4) Les effets sur le conjoint de la thérapie de son partenaire

5) La thérapie du couple

6) Nos résultats

CHAPITRE VII : REMARQUES D'ORDRE PROPHYLACTIQUE

- 1) Responsabilité des facteurs familiaux dans la pré-disposition au sado-masochisme
- 2) Conséquences pour des mesures prophylactiques:
 - éviter les causes de troubles affectifs
 - aider l'enfant à résoudre par lui-même les problèmes posés par un excès de ses pulsions.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

o O o

HISTORIQUE

=====

La relation étrange entre la douleur et la volupté, entre la souffrance et l'amour a été signalée par les auteurs les plus anciens.

Il est dit que SALOMON, dans sa vieillesse, se faisait piquer par ses femmes pour exciter sa virilité défaillante.

Des images représentent le philosophe ARISTOTE, à quatre pattes, portant sur son dos une femme armée d'un fouet.

PETRONE, dans le Satyricon, fait frapper un de ses personnages avec des orties qui stimulent sa virilité.

Avant l'ère des études psychiatriques, les perversions étaient condamnées par les morales et les religions, mais elles gardaient le prestige de la transgression assumée, qu'il s'agisse de la débauche des empereurs romains ou de l'idéologie des sectes secrètes ou gnostiques.

oOo

Dès l'origine des études psychiatriques au début du XIXe siècle, des auteurs comme PINEL et ESQUIROL s'interrogeaient sur les causes d'une malignité qui ne se concevait cependant que sur le plan de la morale et de la responsabilité.

Mais dans cette optique les perversions sexuelles ne se dégageaient pas de la perversité.

Des critiques de cette appellation "morale" venaient bientôt avec FALRET.

Dans le courant du siècle dernier, les thèses "constitutionnalistes" et organicistes cherchaient un substrat à ces troubles et les attribuaient à des anomalies constitutionnelles, à de véritables "maladies de l'instinct", à une sorte

de tératologie instinctive (DUPRE, MOREL, MAGNAN, KRAFFT-EBING)

Ce "déséquilibre psychique congénital" était une perversion instinctuelle.

Si la théorie des constitutions fixait l'attention sur le fond somatique, elle négligeait l'aspect psychologique du problème.

Bientôt avec HAVELOCK ELLIS et KRAFFT-EBING une fragmentation descriptive était ébauchée ; on allait recenser progressivement les perversions sexuelles et les distinguer des perversités.

C'est KRAFFT-EBING qui nommait le premier le sadisme et le masochisme en référence à SADE et à SACHER MASOCH.

oOo

Le Marquis de SADE (1740-1814) a laissé une oeuvre (La philosophie dans le boudoir, Justine, Juliette, etc...) considérée comme un musée gigantesque de la perversion sado-masochiste. L'auteur lui-même, qui a passé trente ans de sa vie en prison ou en asile, avait des manifestations patentes d'algolagnie.

P. KLOSSOWSKI a montré que le héros de SADE "monstre intégral" s'écarte du simple pervers "luxurieux" parce qu'il s'adonne à ses crimes avec "apathie", s'imposant de les réitérer de sang-froid. Il n'exige pas d'adhésion, ne cherche pas la persuasion, mais s'impose à la victime et opère avec complicité, dans l'ordre d'une société secrète.

Ses actes, s'ils impliquent la plus grande variété, la plus grande polymorphie, se concentrent toutefois sur le simulacre et la dérision de la génération, la sodomie.

L'oeuvre de SACHER MASOCH (La vénus à la fourrure, L'esthétique de la laideur) a été étudiée dans ses rapports avec la perversion par KRAFFT-EBING et G. DELEUZE.

Les confidences de l'écrivain à sa femme Wanda, laissent voir sans ambages que les scènes décrites dans les romans, où un homme se met par contrat au service de la femme qu'il aime pour n'en recevoir que coups et brimades, ont été vécues par eux.

Des souvenirs d'enfance présentent une nourrice qui avait l'habitude de conter des histoires de princesses hautaines et cruelles. SACHER MASOCH aurait été surpris par une de ses tantes, violente et belle, alors qu'il observait ses ébats amoureux.

La punition corporelle qu'elle lui infligea resta fixée comme un souvenir délicieusement pénible.

Ce qu'il faut retenir, c'est la correspondance entre les récits et la vie réelle de MASOCH.

Bien que ce fût par l'intermédiaire de la théorie des constitutions, c'est à KRAFFT-EBING que revient le mérite d'avoir analysé le premier le sadisme et le masochisme.

Son étude reste le document le plus compréhensif et le plus complet qui ait précédé les travaux psychanalytiques.

oOo

Dès ses "Trois essais sur la théorie de la sexualité" (1905), FREUD apporte une contribution majeure à l'étude des perversions. Il établit une classification selon l'objet (fétichisme, pédophilie, bestialité, etc...) et selon le but (voyeurisme, exhibitionnisme, sadisme, masochisme, etc..) qui reste encore utilisée.

Il distingue en nosologie les perversions des névroses: "la névrose est le négatif des perversions" ; le névrosé édifie ses symptômes contre le désir des satisfactions pré-génitales, tandis que le pervers s'y abandonne.

La sexualité ne peut plus être considérée comme une manifestation somatique qui se constitue de toutes pièces à la puberté. Elle a ses racines dans l'enfance. Il n'y a pas de solution de continuité entre les expériences corporelles de l'enfant qui expérimente certains plaisirs et les moyens qu'il a de les obtenir par transgression d'un interdit.

Il y a donc des pulsions partielles chez tous les enfants, normalement, universellement, qui les portent à explorer toute la gamme des perversions futures.

L'enfant est un "pervers polymorphe". Nous voyons là une différence essentielle avec la théorie constitutionnaliste.

L'évolution de ces pulsions partielles tendra, soit à l'inhibition sexuelle par le renversement des formations réactionnelles (dégoût, pudeur), soit aux sublimations des pulsions (l'intérêt étant porté sur des activités culturelles), soit à leurs intégrations dans une sexualité adulte.

En 1915 "les pulsions et leur destin" développe un thème majeur en psychanalyse, la défense contre les pulsions

Celle-ci peut se faire par le retournement en leur contraire (de l'amour à la haine ; de l'activité à la passivité) et par le retournement contre le sujet lui-même (du sadisme au masochisme). Ces retournements vont dominer toute l'analyse des perversions.

A partir de 1919, FREUD s'intéresse plus précisément aux perversions et au masochisme ("Un enfant est battu" 1919 ; "Le problème économique du masochisme", 1924).

Les perversions sexuelles sont comprises en fonction du complexe d'OEDIPE.

Parallèlement, des travaux qui éclairent cette question sont axés sur la différence des sexes ("Quelques conséquences psychologiques de la distinction anatomique entre les sexes", 1925) ou sur la culpabilité ("Malaise dans la civilisation", 1930).

Ce survol succinct des concepts Freudiens, indique les points majeurs qui inspireront la littérature psychanalytique.

Après FREUD, l'école psychanalytique s'efforce de préciser le développement sexuel chez l'homme et chez la femme (JONES, H. DEUTSCH, M. BONAPARTE) et M. KLEIN étudie chez l'enfant les origines prégénitales fantasmatiques du sadisme et du masochisme.

De l'ensemble de ces thèses il ressort donc que la perversion sexuelle n'est ni un phénomène hétérogène à la nature de l'homme normal, ni un phénomène simple de "perversion instinctive".

* REMARQUE d'ORDRE ORTHOGRAPHIQUE ET LEXICAL :

- Le nom composé "sado-masochisme" se rencontre aujourd'hui, tantôt avec le trait d'union (ex. Drs. R. HELD, J. CHAZAUD, G. ROSOLATO; vocabulaire de la Psychanalyse de LAPLANCHE & PONTALIS), tantôt sans trait d'union (ex. Dictionnaire LAROUSSE)

Dans un même ouvrage, comme le Dictionnaire Paul ROBERT ou le Manuel de Psychiatrie du Docteur A. POROT, nous l'avons vu écrit, tantôt avec un trait d'union (à l'article "masochisme"), tantôt sans trait d'union (à l'article "sadisme").

- De même, le mot "masochisme" donne lieu selon certains auteurs au nom et à l'adjectif "masochiste" (ex. Dictionnaire Paul ROBERT, Dictionnaire LAROUSSE, Manuel de Psychiatrie du Docteur A. POROT, Manuel de Psychiatrie du Docteur H. EY, Docteur S. NACHT) selon certains autres au nom et à l'adjectif "masochique" (ex. Docteurs M. BOUVET, J. CHAZAUD, M. DONGIER, R. HELD).

- Dans ces conditions et en attendant que l'usage ait mis fin à ces contradictions, la plus grande tolérance dans l'écriture de ces mots nous semble justifiée.

D E F I N I T I O N S

= = = = =

Le sadique et le masochiste tirent leurs satisfactions de la souffrance et de l'humiliation.

Dans le premier cas le sujet est actif, dans le second il est passif.

Sadisme et Masochisme sont souvent désignés sous le nom de perversions sexuelles par anomalie de but; parfois, on dit que ce sont des état névropathiques et aussi qu'ils peuvent développer à eux seuls de véritables névroses de comportement, enfin on parle des tendances sadiques ou masochistes qui prennent parfois une part importante dans la formation de nombreux états névrotiques; selon qu'ils définissent l'un ou l'autre, nous devons donner à ces termes leur sens propre et préciser leurs caractères spécifiques et originaux.

FREUD en 1905 dans les "Trois essais sur la théorie de la sexualité" au chapitre des "aberrations sexuelles" aperçoit qu'il est difficile de définir d'un même mot des notions différentes : "le terme de sadisme, dans le langage courant, n'a pas un sens très défini, il comprend aussi bien les cas caractérisés par le besoin de se montrer violent, ou même simplement partie active, que les cas pathologiques dans lesquels la satisfaction est conditionnée par l'assujettissement de l'objet sexuel et les traitements qui lui sont appliqués. Au sens strict du mot, ces derniers cas seuls peuvent être considérés comme perversion. De même, le masochisme comprend tous les degrés possibles d'une attitude passive en face de la vie sexuelle et de son objet ; le point culminant sera atteint lorsque la satisfaction dépend nécessairement d'une souffrance physique ou psychique éprouvée de la part de l'objet sexuel."

Une idée claire émise par FREUD "La névrose est l'envers de la perversion" nous permet de distinguer névroses et perversions.

Dans la névrose, tous les symptômes sont formés contre le système pulsionnel actif qui n'est pas accepté par le moi, tandis que dans la perversion la conduite archaïque est assumée et désirée par le moi.

En d'autres termes "le pervers laisse passer sa perversion; le névrosé interpose entre elle et lui un jeu de défenses compliquées" explique Henri EY.

Mais, pour si clair que soit ce schéma, névrose et perversion ne sont jamais "pures", c'est à dire parfaitement isolées dans une personnalité.

De façon plus pratique, on dira qu'au cours des perversions la satisfaction érotique est recherchée sciemment et directement, le sujet ayant établi consciemment un lien entre la souffrance et la satisfaction qu'elle lui procure.

Dans le cadre des névroses, la souffrance est recherchée indirectement et onconsciemment : aussi est-elle inavouée, en outre, elle dépasse le cadre du génital pour atteindre l'ensemble de la personnalité.

oOo

Dès lors, nous devons définir les différents aspects que peuvent revêtir le sadisme et le masochisme.

LE SADISME PERVERS, EROTIQUE :

Le sujet est conscient de la relation entre la douleur qu'il inflige à autrui et le plaisir génital qu'il en retire.

Le sadique pervers se satisfait sexuellement dans la douleur, les tortures, les flagellations, les blessures et les contraintes infligées à son partenaire.

La perversion sadique est le développement, sur le plan érotique, de la tendance sadique primitive de l'être humain : telle qu'elle apparaît à l'aube de la vie, dans les tendances violentes de l'enfant à sucer, mordre (sadisme oral), puis à réagir violemment contre les intrusions étrangères concernant son érotisme anal (sadisme anal); telle aussi qu'elle s'incorpore plus tard à l'impulsion génitale pénétrante masculine et aux instincts développés dans l'agression sexuelle. Chacun de ces stades auquel la régression érotique ramène le pervers est caractérisé par un intérêt anatomique localisé.

Ainsi les jeux cruels consistent à mordre, piquer, blesser, inciser, fouetter, battre, voire mutiler, étouffer, étrangler.

La souffrance doit se manifester dans sa réalité par les traces de coups et blessures, le sang vient servir de preuve, le simulacre et la mise en scène exigés par le masochiste doivent être ici effacés. L'excitation, l'orgasme dans la masturbation ou le coït, coïncident avec les effets de la violence.

On rencontre une forme fantasmatique de cette perversion. Ici les tendances perverses elles-mêmes se manifestent de façon beaucoup plus imaginative et intérieure, de façon plus symboliquement détournée que dans le jeu pervers vulgaire. Certes, il existe fréquemment un élément de petite impulsivité ou plutôt d'efficiencia motrice, mais beaucoup de sadiques n'en restent pas moins inoffensifs, savourant seulement leur perversion à l'état de fantasmes excitants de leur activité auto-érotique.

Par ailleurs, cette forme fantasmatique de la perversion sadique s'accompagne de symptômes de la série névropathique : angoisse, obsessions, phobies etc...

LE SADISME MORAL, NEVROTIQUE :

Il s'écarte de la perversion puisqu'il s'exerce au dehors de toute satisfaction génitale.

Non directement sexuel, ce sadisme moral est aussi inconscient. Il exprime le besoin d'opprimer, de dominer, d'humilier, de punir. Il entraîne des altérations notables dans l'ordre du caractère, de la personnalité et de la vie sociale.

Un tel emploi dont FREUD lui-même a souligné qu'il n'était pas absolument rigoureux a pris une large extension en psychanalyse; mais il conduirait à tort à faire du sadisme le synonyme de l'agressivité et seulement cela.

LE MASOCHISME EROTIQUE, PERVERS :

Le sujet recherche consciemment par sa souffrance son plaisir génital. Il cultive le jeu érotique consistant à provoquer l'excitation en se faisant flageller, piquer, blesser, souiller, humilier par son partenaire.

Il dirige l'opération qui va amener sa souffrance, même s'il semble déléguer ses pouvoirs à autrui; le partenaire ne sait pas exactement la portée de sa participation dans la jouissance du masochiste.

Les sévices sont limités, la douleur ne doit pas dépasser un certain seuil fixé par le masochiste, ces sévices ont un effet déclenchant de l'excitation sexuelle, surtout par le recours à l'humiliation. Celle-ci est recherchée, en particulier, dans certaines attitudes : le masochiste se soumet à une femme dont il devient le serviteur, qui l'injurie, le traite comme une bête, le chevauche...

C'est au sommet de cet acte d'humiliation qu'a lieu l'orgasme ou encore tout de suite après comme s'arrachant à l'opprobre, dans un coït ainsi conquis.

On rencontre une forme fantasmatique du masochisme érotique.

Ici le sujet réduit ses activités sexuelles à un onanisme solitaire en s'aidant de rêveries, d'images ou de photographies : scènes de prison, de barbarie, de supplices, d'enfants battus, fessés pour une faute de masturbation, outrages sexuels personnellement subis : avoir une attitude féminine pour l'homme, être violé, châtré, accoucher d'un enfant (MASOCHISME FEMININ) ; violences venant parfois de la part d'un être aimé et respecté, père et frère généralement.

Ainsi, dans cette forme du masochisme apparaît l'emprise dominante du fantasme. De plus, l'acte hétérosexuel est éludé le plus souvent en faveur de la masturbation.

LE MASOCHISME MORAL, NEVROTIQUE :

Il s'écarte de la perversion puisqu'il a perdu ses connexions avec la génitalité. Il n'est pas un phénomène conscient pour le sujet qui en est atteint ; celui-ci inconsciemment provoque ou choisit la souffrance qui est utilisée par son psychisme inconscient, soit pour permettre des satisfactions sans cela interdites, soit pour les remplacer.

A la base de ce caractère on retrouve :

- "subjectivement : un sentiment constant de peine, de souffrance, de tension affective, d'insatisfaction, un besoin de se plaindre, de se montrer malheureux, écrasé par la vie, incapable ; une tendance à trouver compliqués et

insolubles les problèmes les plus simples de l'existence, à exagérer les moindres difficultés et à s'en faire un tourment et, parallèlement, une impossibilité à saisir les joies de la vie.

- objectivement : comportement "maladroit", inadapté, manquant de souplesse, frappant davantage puisqu'il s'agit d'un sujet dont l'intelligence est normale; attirant l'animosité de l'entourage, ce sujet se mettant, comme poussé par une fatalité inéluctable, toujours dans les situations les plus désagréables, ne sachant jamais éviter la "tuile", au contraire la recherchant "Dès qu'il y a un coup à recevoir le masochiste tend sa joue" (FREUD). Bref un comportement traduisant un besoin inconscient de se faire souffrir, de se diminuer en se présentant sous le jour le plus défavorable et d'échouer partout " (NACHT dans le "Masochisme")

LE MASOCHISME PROVOCATEUR :

Il serait erroné de croire que tous les masochistes sont de tendres brebis, tout au plus bêlant lamentablement sous les coups ; il y a beaucoup de rage dans le troupeau : voici les moutons enragés.

Lorsque les masochistes se trouvent dans une ambiance sociale sans aspérité, un de leurs jeux favoris est de devenir agent provocateur car la paix heureuse leur est insupportable et ils allument la guerre.

Ils décèlent parfaitement les points faibles de leur partenaire pour en provoquer la colère : vexation, reproches injustes, ironie, rappel de vieux griefs ...

Ils ne se laissent pas aller à la douceur de l'heure, ils se font rancuniers, maussades, reviennent sur des torts pardonnés, des mésententes oubliées jusqu'à ce qu'excédé l'autre éclate.

Il est pratiquement impossible de vivre en paix avec eux. Le masochiste en quête de sa ration quotidienne de punition recherche le refus d'autrui.

C'est aussi parfois sous le masque de la légitime défense qu'il se permet une agression, puisqu'il se délecte dans le châtement qu'il s'est attiré et dans son auto-punition.

Ainsi nous définirons plus précisément l'individu sadique ou l'individu masochique par référence aux groupes auxquels il appartient.

Mais, chez un même individu, qu'il soit pervers ou névrosé, il n'est pas possible d'isoler parfaitement et uniquement des caractères strictement sadiques ou masochiques selon les cas.

Nous devons admettre avec HAVELOCK ELLIS que "Tous les cas de sadisme et de masochisme nous font toujours retrouver les traces des deux catégories de phénomène dans le même individu".

FREUD le reconnaît aussi "Un sadique est toujours un masochiste, ce qui n'empêche pas que le côté actif ou le côté passif de la "perversion" puisse dominer et caractériser l'activité sexuelle qui prévaut".

Sans négliger cette dualité chez un même individu, nous conviendrons de l'appeler Sadique ou Masochiste selon que sa nature dominante, vérifiée par ses actes pervers ou ses fantasmes ou ses tendances, aura une coloration et une signification essentiellement sadique ou essentiellement masochique.

Ainsi, et malgré la constante intrication des deux tendances chez un même individu, la prévalence réelle ou signifiée d'un aspect actif ou passif déterminera l'appellation sadique ou masochique.

LES COUPLES SADO-MASOCHQUES :

"Le couple est une équation à deux inconnues. Pour la résoudre il faut connaître la nature des inconnues et le rapport qui les lie" (O. THIBAUT)

On ne saurait aborder un couple sans tenir compte des sentiments, des émotions, des désirs, des peurs et des tabous de chacun des protagonistes.

Dans notre travail, nous avons choisi d'étudier des couples où le lien, défini comme l'organisation des relations de l'un à l'autre, est de nature sado-masochique.

Les partenaires tiennent des rôles complémentaires, chacun trouve une satisfaction, l'un à infliger la souffrance à son partenaire, l'autre à la recevoir de lui.

Plusieurs types de couples sado-masochiques peuvent se rencontrer : des couples conjugaux, des couples d'homosexuels, des couples parents-enfants, maîtres-élèves, médecins-malades.

Tout couple peut comporter un élément sado-masochique.

Volontairement, nous avons limité notre travail à l'observation de couples conjugaux. Ce terme doit sous-entendre, dans notre conception, tous les couples de type conjugal, que leurs liens soient officialisés ou non par l'institution du mariage ou par le sacrement de la religion.

O B S E R V A T I O N S

= = = = =

Avant-propos :

Les observations que nous rapportons dans ce chapitre ont été recueillies par nos soins à la clinique de MONTBERON et à l'Hôpital Psychiatrique de LANNEMEZAN.

oOo

OBSERVATION n° 1 :

En 1968, Madame S. est âgée de 32 ans. Mariée depuis dix ans, elle a mené à leur terme 4 grossesses non désirées. Après avoir interrompu volontairement le cours d'une 5e grossesse, elle s'est sentie envahie rapidement par une extrême lassitude, une grande faiblesse, du découragement, de l'anxiété, et un fort sentiment de culpabilité et d'auto-accusation. Cet état dépressif a motivé son hospitalisation.

Depuis lors et sans qu'un nouveau facteur déclenchant ne soit apparu, Mme S. a subi huit hospitalisation. Elle présente généralement un syndrome dépressif avec apragmatisme, perte de l'élan, désintérêt. Des idées d'autolyse accompagnent cet état et il y a eu une fois passage à l'acte.

Une fois également, Mme S. a présenté un délire d'interprétation à thème de persécution dans un contexte mélancolique.

oOo

Rien ne permet encore de qualifier notre malade de masochiste.

- Pourtant, dès que le syndrome dépressif s'atténue suffisamment pour rendre possible la relation médecin-malade, Mme S. nous présente avec force ses souffrances tout en s'affirmant comme victime. Sans cesse elle gémit sur les malheurs qui l'accablent, elle insiste sur sa condition de victime innocente, "une victime dont elle ne saurait être elle-même le bourreau", comme elle tient à nous le préciser.

* Elle est d'abord victime, nous dit-elle, de la jalousie effrénée de son mari, de cinq ans son cadet. Elle se sent "déprimée, torturée", à la pensée "que son mari n'a plus confiance en elle et qu'elle n'est pas aimée".

* Elle est aussi victime de l'exigence toute puissante de ce mari. Devenue mère pour la 6e fois, elle voudrait se mettre à l'abri d'une 7e grossesse en prenant la pilule. Or, son mari s'y oppose, prétendant que ce serait mauvais pour l'état de santé déjà défectueux de sa femme.

Elle se plie alors à la volonté de son mari, mais elle continue à se plaindre de sa propre infortune dont elle rend responsable son époux triomphant.

* A l'évocation de sa jeunesse, elle se plaint de n'avoir pas reçu d'affection de ses parents. Elle ne se rappelle de son enfance que les disputes entre son père et sa mère ou, à l'occasion, entre ses parents et elle-même.

Elle garde surtout un mauvais souvenir de l'inconduite de son père.

* Elle est victime, enfin, d'une mauvaise santé qui la poursuit depuis longtemps puisqu'elle souffre d'asthme depuis son enfance et que, depuis quelques années elle éprouve une aversion instinctive pour le "noir et l'obscurité".

- Cependant, si notre malade se présente comme victime, elle se reconnaît coupable aussi à plusieurs titres.

* Elle se sent confusément coupable vis-à-vis de ses enfants : "Je ne voudrais pas qu'ils soient malheureux comme je l'ai été" déclare-t-elle "plusieurs fois, j'ai l'impression qu'ils le sont. Il me semble que je ne fais pas ce qu'il faut envers eux!".

* Elle se sent plus nettement coupable vis-à-vis de son mari, coupable en particulier lorsqu'elle le provoque pour exciter sa colère et pour déchaîner ses reproches " je suis une enquiquineuse" admet-elle pour s'en expliquer.

* Elle se sent peut-être coupable aussi vis-à-vis d'elle-même, lorsqu'elle se reproche de mal s'identifier à la féminité, regrettant d'être "maigre et plate, au lieu de rondelette et belle", ou bien "pas frigide, mais pas très portée, c'est sûr!".

Et certes l'expression de ces mécontentements semble bien témoigner des regrets de Mme S.

- Mais que notre malade se présente comme victime ou comme coupable, l'aisance, la complaisance, le plaisir même avec lesquels elle nous décrit chaque fois ses états, s'accordent mal avec leur contenu plutôt morbide; et chaque témoignage est auto-dépréciatif.

oOo

En dehors des épisodes dépressifs, Mme S. a un contact facile. Elle utilise ses capacités d'empathie qui sont grandes pour se mettre aisément à la place de son mari et, ressentant parfaitement ce qu'il ressent, pour exploiter sa jalousie et se livrer sur lui à toutes sortes de provocations.

Son mari, au tempérament sanguin, impulsif, volontiers jaloux, présente cette surestimation pathologique du Moi, cette méfiance et cette fausseté du jugement qui caractérisent le paranoïaque, mais ces dispositions sont curieusement alliées, chez lui, à une personnalité fragile, très dépendante de celle de sa femme.

* Parce que son mari, tourmenté par la crainte de l'infidélité, l'empêche d'aller travailler au dehors, Mme S. s'irrite, se fâche, fait des colères clastiques et son comportement exaspère et excède en retour son mari.

Notons que les tâches que Mme S. semble solliciter se situent généralement au-dessus de ses capacités, ce qui, au cas où son époux ne s'y opposerait pas, conduirait néanmoins notre malade à un échec probable, donc lui permettrait de se poser une fois de plus comme victime.

* Habile à exploiter les points faibles de son mari, Mme S. semble prendre un malin plaisir, lorsque l'occasion se présente, à revenir sur des mésententes oubliées. Elevant le ton, elle prononce alors des paroles méchantes, procède par allusions blessantes et qui piquent au vif, jusqu'à ce que son mari irrité, laisse éclater sa violence.

L'orage passé, Mme S., apaisée et redevenue silencieuse, reprend son état dépressif.

* Alors qu'elle sait son mari soupçonneux et jaloux, elle se complait à lui parler d'amitiés masculines nouées à la clinique.

Résultat : son mari la surveille et l'observe à la dérobée jusqu'au jour où, la surprenant en train de jouer au "baby foot" avec un malade, il se met en colère et fait de bruyants reproches. Mme S. s'incline à nouveau, se retranche dans sa situation de coupable ou de victime : et l'état dépressif réapparaît.

* D'autres fois, la provocation est tentée à la façon d'un jeu, comme pour voir ce qui va s'ensuivre. Tel est le cas lorsque notre malade dit brusquement à son mari : "avoue que tu m'as fait 6 enfants pour me coïncer à la maison!" ou quand elle vient lui suggérer cette étrange transaction : "puisque tu me reproches d'être froide, trompe-moi pour voir ce que tu ressentiras avec une autre !... Mais alors je ne réponds pas de ma conduite !".

L'effet plus ou moins secrètement escompté et craint ne se fait pas attendre : le mari éclate en invectives, en reproches, en injures contre celle qui ose le harceler et le défier sur un terrain où il ne plaisante pas, elle qui, pour comble, a eu l'audace de "se présenter au mariage sans être vierge".

Ainsi chaque jour va la vie de notre couple : elle qui semble se complaire à s'empoisonner l'existence, accumulant les raisons de se sentir malheureuse et provoquant par son comportement les réactions hostiles de son mari; lui qui trouve dans la passivité comme dans les provocations maladives de son épouse l'excellente occasion de manifester sa domination agressive; chacun servant, pour ainsi dire, le désir profond de l'autre. Tous deux sont liés l'un à l'autre, mais pour le pire : c'est sans doute leur propre façon de vivre pour le mieux...

oOo

Le caractère masochiste de Mme S. s'étant à peu près précisé, il est intéressant d'essayer de l'éclairer à partir de renseignements afférents à son enfance et, en particulier, à ses rapports avec son père.

- Le père de Mme S., officier subalterne, était un curieux personnage :

. Non seulement il n'était rien moins que mari fidèle et, à fortiori, mari assidu auprès de son épouse, mais encore il n'hésitait pas à étaler au grand jour, y compris au vu et au su de sa famille, ses aventures galantes et amoureuses au dehors.

Une fois même, il quitta trois années durant sa famille pour aller vivre une nouvelle expérience conjugale, puis il revint, réaccepté par son épouse, et son autorité dans le ménage était telle qu'il fit mettre en présence, et vivre côte à côte, pendant plusieurs jours les deux rivales.

. Ce singulier mari était aussi un singulier père:

= La nuit, quand il était pris de rage de dents, il n'hésitait pas à envoyer ses enfants, au dehors, vêtus de leur seule chemise de nuit, pour ne pas être énervé davantage.

= Notre malade, sa fille, coucha dans la chambre des parents jusque vers sa vingtième année. A cause des liens tissés autour de la "scène primitive" et des inhibitions émanées du surmoi, cela n'explique-t-il pas l'aversion qu'elle éprouve, depuis l'enfance, pour le noir et l'obscurité ?...

= D'autant que lorsque notre malade était atteinte, toute jeune, de crises d'asthme toujours nocturnes, son père lui administrait une magistrale fessée pour toute thérapeutique. Or, notre malade, interrogée sous Eunoctal Tonédrion, relia le déclenchement des crises d'asthme à la peur qu'elle avait, la nuit, d'attirer l'attention de son père.

Ne devons-nous pas voir dans le déclenchement de ces crises une manifestation inconsciente du masochisme de notre malade ?

Tout se passe, en effet, comme si notre malade, capable d'avoir envers son père des désirs défendus, devait expier cette faute que lui reprochait son surmoi. Son sentiment de culpabilité engendrait par déplacement une crise d'asthme, laquelle était suivie d'une punition par le père, la fessée.

On sait depuis J.J. ROUSSEAU et surtout FREUD à quel point la fessée est érotisée depuis l'enfance. En obtenant cette punition qu'elle craignait et qu'elle désirait secrètement à la fois, notre malade soulageait sa culpabilité par la punition et la souffrance ressentie, et elle y prenait plaisir en même temps.

. Mme S. assure ne pas avoir ressenti de peine à la mort de son père car, dit-elle, "je détestais cet homme", véritable bourreau familial. Depuis, cependant, elle a de nombreux cauchemars où le père apparaît, accusateur et effrayant et ces cauchemars sont un bon exemple de l'échec des défenses que le Moi de la malade a dressées contre ses désirs inconscients.

- Il apparaît maintenant, que c'est à partir du processus de la fixation oedipienne sur le père - ce père qu'elle prétend détester, mais dont elle affirme, d'autre part, "qu'il était un grand charmeur" dont elle admirait la prestance - que nous devons éclairer le comportement masochiste actuel de notre malade.

Par là s'expliquent les lapsus fréquents que notre malade commet en prononçant "père" pour "mari".

. N'a-t-elle pas réussi à transformer en partie son mari à l'image de son père ! "Au début du mariage" proteste-t-elle, "je tenais les rênes : c'était terrible! C'est moi qui avais le dessus et je n'aimais pas cela".

Mais maintenant, c'est différent : "maintenant, il assume ses responsabilités et c'est moi qui me raccroche à lui". "Et pourtant" ajoute-t-elle, dans l'ignorance du jeu qu'elle a inconsciemment monté, "je suis déprimée, je ne sais pourquoi...".

. Par son comportement, volontiers provocateur et blessant, notre malade a obtenu de son mari les mauvais traitements, l'humiliation et la souffrance qu'elle recevait autrefois de son père. Cela soulage sa culpabilité.

Mais parce qu'elle érotise son rôle de soumission, cela réactive en retour son sentiment de culpabilité oedipienne.

Elle retourne alors à la dépression, puis reprend son jeu provocateur, poursuivant le cycle infernal où elle s'est enfermée et d'où elle ne saurait facilement être extraite...

oOo

"L'homme doit commander" et "je suis contre le M.L.F." : Ces deux maximes de notre malade résument bien sa position. C'est l'attitude masochiste d'une femme dépendante, soumise, humiliée, mais heureuse de l'être, et peut-être incapable de s'orienter autrement.

o O o

OBSERVATION n° 2 :

Mr. Mohamed D..., 49 ans, mécanicien d'origine algérienne, a été hospitalisé en Novembre 1973 à la demande de son médecin traitant. Celui-ci, après avoir assisté à une scène violente entre les époux D..., a jugé M. D... dangereux pour sa famille et pour son entourage.

Maigre, les traits burinés, les membres noueux, mais paraissant plus jeune que son âge, tel se montre à nous M. D...

Sur notre demande, il nous relate, de façon sthénique et sans réticence apparente, les raisons de son inter-nement.

Son langage, aisé et sans recherche au début, devient enflammé et logorrhéique pour nous dire l'amertume et la honte qu'il éprouve envers sa femme et la haine qu'il voue à son beau-frère "rival", tous deux supposés coupables - sans preuve, mais avec toute la force des conceptions déli-rantes! - de se livrer "à sa barbe" à des rapports incestueux.

Pour permettre de mieux comprendre le conflit dramatique qui sépare les époux D... aujourd'hui, il nous semble nécessaire d'observer l'expression de leur personnalité dans leur comportement, avant puis après la dégradation de leurs rapports affectifs.

Nous allons pour cela présenter brièvement les principaux moments de l'histoire des deux conjoints.

oOo

Avant la rencontre :

LUI : M. D... est né en Grande Kabylie, en 1924.

Sa mère est morte tuberculeuse quand il avait six mois. Son père était ouvrier agricole. Des cousins maternels l'élèvent jusqu'à l'âge de 4 ans, puis il revient à la maison où vivent avec son père une belle-mère et deux demi-frères. Il fréquente l'école primaire jusqu'à 14 ans et obtient le certificat d'études.

En 1939, son père part à la guerre en FRANCE.

Cette même année, une sécheresse terrible sévit en Kabylie entraînant, avec la famine, la maladie et la misère.

L'année suivante, il a 16 ans, son père le fait venir en FRANCE. C'est sa "plus grande joie".

Il est accueilli à R... par une famille française qui s'est liée d'amitié avec son père. Là, il apprend la mécanique.

Il travaille avec acharnement, sans reculer jamais devant l'effort, il veut devenir indépendant et autonome et il fait, dans ce but "quelques petites économies".

En 1951, il décide de se marier avec une fille de mineur.

D'emblée, les difficultés surgissent, sa "belle-famille" ne voulant pas d'un gendre arabe. Cela le peine mais ne le surprend pas. C'est déjà un exploit d'avoir conquis le coeur d'un française : il saura se passer de l'approbation des autres !

Trois ans plus tard, il rompt sans divorcer à cause des infidélités de sa femme.

En 1955, il rencontre Jeannette B... qui est serveuse dans un bar. "ce fut le coup de foudre réciproque", explique-t-il : "elle n'a pas fait de manières et a été tout de suite enceinte."

ELLE : Née en 1929 dans une famille d'ouvriers agricoles, elle est élevée jusqu'à l'âge de 16 ans par ses grands-parents plus aisés.

Elle ressent une certaine admiration pour son grand-père, officier en retraite.

A 16 ans, elle regagne la maison paternelle où elle retrouve son père, violent et alcoolique, sa mère, fille de femme assez rustre, malpropre et peu affectueuse, et son frère cadet dont il lui faut désormais s'occuper.

A 20 ans, elle fuit le domicile des parents et se place comme servante dans un café à B...

Très vite, elle a un amant que le grand-père ne veut pas lui voir épouser, car il a été "réformé pour albumine".

Elle change alors plusieurs fois d'emplois avant de devenir serveuse de café à R... où elle rencontre M. D... "C'était, - dit-elle -, l'homme que j'attendais...".

Les premières années de vie commune :
- le dur labeur -

D'emblée, les difficultés apparaissent.

Jeannette B... est rejetée par son père et sa mère, indignés que leur fille soit la concubine "d'un Arabe déjà marié".

Lorsque, devenue mère, elle ira avec son ami présenter leur nouveau-né au grand-père, celui-ci à son tour leur fermera la porte au nez : il n'y a pas de place chez lui, ancien officier colonial, pour une petite-fille "qui vit à la colle avec un minable".

Face à l'affront, l'ami s'incline et ne dit mot; elle rougit, s'indigne et, furieuse, donne le signal du départ.

Hors de la famille, les relations ne sont pas faciles non plus.

La guerre d'ALGERIE qui fait rage multiplie, un peu partout en FRANCE, les manifestations d'antipathie envers les Algériens.

Dans ce climat de solitude et de difficultés nombreuses, tous deux comptent sur leur courage et sur leur soif de réussite pour surmonter les obstacles.

Ils travaillent l'un et l'autre avec acharnement et s'efforcent d'économiser le plus possible.

En 1965, ils transportent leur domicile à L..., dans le Sud-Ouest.

Lui devient mécanicien à l'Arsenal; le soir, de retour chez lui, ou pendant la journée quand il est en congé, il arrondit sa paie en faisant des réparations.

Elle commence par faire des ménages, puis obtient un emploi d'agent hospitalier.

Pendant deux ou trois ans, le travail est leur seule façon de s'exprimer.

On travaille d'arrache-pied et on économise.

On pense à faire du petit "quelqu'un", mais l'avenir reste lointain et imprécis. Le travail acharné abolit les causes de discorde et cimente l'union. Nos conjoints ne s'arrêtent que pour manger et dormir : ils sont essentiellement deux compagnons de travail embarqués pour un avenir qu'ils ignorent.

Le début du conflit :

Dès l'année 1967, les économies amassées donnent le sentiment de l'aisance et le couple s'accorde quelques plaisirs : on va parfois au cinéma le samedi soir ou à la chasse le dimanche.

On commence aussi à parler de l'avenir et on envisage l'utilisation des sommes épargnées.

Là les projets s'affrontent et les discussions s'enveniment.

Lui préfère que l'on continue à accumuler "des réserves" : il désire "encore plus pour faire mieux".

Elle voudrait qu'on emploie les économies déjà faites à acquérir tout de suite un peu plus d'aisance et de confort.

Mais le sentiment d'infériorité du mari - cette impression pénible que le fait d'être "Arabe" lui donne d'être inférieur aux français qui l'entourent - en fait une proie facile pour l'amie décidée à imposer ses vues.

Elle multiplie les allusions blessantes :
" De quoi ai-je l'air ? On se moque de moi parce que j'ai l'air pauvre et parce que tu es Arabe "; "J'en ai assez : nous allons leur montrer que nous valons autant qu'eux, mieux qu'eux même !" ... Et c'est ainsi qu'en 1968, le couple achète un petit pavillon.

Elle est d'abord ravie à la pensée qu'une nouvelle vie va pouvoir succéder à la "vie de chien" qu'ils ont connue.

Lui n'est qu'à demi satisfait : ce pavillon qu'il a acheté "pour elle", il veut le revendre plus tard quand il aura encore épargné quelque argent et il acquerra en échange "la station-service" dont il rêve.

Mais le sentiment d'être propriétaire semble avoir exercé une influence malfaisante sur l'épouse.

Elle devient revendicatrice et agressive au sein du couple. Sidéré par ce brusque changement, lui se soumet, souhaitant "que cela passe vite" et craignant "que le malheur n'arrive".

Elle se montre aussi dépensière. Alors il s'inquiète et prend peur. Quand il ose le lui reprocher timidement, elle éclate en invectives contre lui : "tu ne sais pas vivre,

tu es un minable, mon grand-père avait raison"; "toi, tu restes sale comme un cochon, tu ne veux jamais changer de chemise"; ; "va ramasser les vieilles godasses dans les poubelles : ce sera assez bon pour toi"; "tu n'aimes que les tomates et le couscous, tu oublies que je ne suis pas une Arabe" etc...

Ces querelles incessantes font mal à notre patient. "je ne comprenais pas", dit-il, "pourquoi ma femme était devenue si méchante. Mais tant que je pouvais, j'essayais de lui faire plaisir. J'avais peur qu'autrement elle ne s'en aille avec un autre homme. Et puis je savais que les françaises aiment bien dépenser : alors, il fallait que je ne dise rien..."

Cependant, la jalousie commence à naître en lui.

Pourquoi sa femme dépense-t-elle davantage, depuis quelque temps, pour s'habiller et se parer ? "Si elle était de ma race, je ne la laisserais pas faire comme ça", se dit-il en guise d'excuse. Il n'est pas content non plus de la façon dont se conduit son fils. Celui-ci n'a pas bien travaillé à l'école et vient d'être placé comme apprenti boulanger.

Le père en déduit que son fils est un "fainéant", "il ne travaille pas comme il faut". En outre, il trouve choquant que ce grand garçon de 14 ans bientôt aille s'asseoir par moments sur les genoux de sa mère. "Ce n'est pas une fille!" ose-t-il dire. Pour la mère, de telles appréciations sont scandaleuses : aussi se répand-elle en invectives contre un mari "qui ne veut rien comprendre" et "qui n'aime pas son enfant!".

Accablé, l'homme s'incline et se tait.

Hors de la maison, les choses ne vont guère mieux pour lui. Son zèle professionnel et le refus systématique de se solidariser avec les autres ouvriers en cas de grève - nous sommes en 1968 - lui valent l'hostilité, de plus en plus marquée et, à ses yeux, injuste de ses compagnons de travail.

Partout emmuré dans un monde malveillant et qu'il ne parvient pas à désarmer, il se prend à considérer sa vie comme un échec, puis se reprend à espérer en se remémorant les souffrances déjà surmontées.

Néanmoins, le repliement sur soi commence à le déprimer : il devient méfiant, apporte moins d'énergie et d'empressement à son travail, se sent déjà usé physiquement et nerveusement.

L'intrusion du rival ; le drame :

A la mort de sa mère, Mme D... doit régler les problèmes d'héritage.

A cette occasion, elle se réconcilie avec sa famille et elle invite son frère cadet à venir passer quelque temps auprès d'elle.

La présence du jeune homme, dans le pavillon récemment acheté, va accélérer la dégradation de la santé psychique de M. D...

Très vite, celui-ci a conscience d'être diminué.

Il se sent malheureux, inquiet, "mal dans sa peau".

Au dehors où il travaille "d'arrache-pied" pour tenter d'oublier sa détresse, l'épuisement physique a raison de lui et le fait mettre en arrêt de travail. Il ressent cette mesure comme une humiliation.

En outre, l'obligation de "vivre sans rien faire", dans une maison qu'il se reproche d'avoir achetée, n'arrange rien et il "s'empoisonne l'existence" à "ruminer" tous ses échecs.

C'est alors qu'il devient défiant envers sa femme.

La crainte de l'infidélité le tourmente. La dissolution nerveuse qui le cerne le rend incapable de lutter contre les terribles soupçons que sa jalousie alimente.

Il ressent son beau-frère comme "rival".

Mais, si la promiscuité l'amène à exhiber ses souffrances au beau-frère, jamais il ne s'attaque directement à lui.

Sa femme seule est l'objet de son ressentiment : il semble, par ses reproches, vouloir la faire souffrir moralement, lui faire prendre conscience de sa responsabilité dans l'état de détresse où il se trouve plongé.

Ainsi, lui dit-il, "ton frère t'a mis de mauvaises idées en tête; tu jettes l'argent par la fenêtre; tu achètes des bêtises... Avec tous les trucs que tu te mets sur la figure, soi-disant pour être belle, ne vois-tu pas que tu ressembles à un singe ou à une putain ?".

Mais l'ancienne serveuse de bar n'a pas l'habitude d'accepter passivement les affronts. Elle riposte avec véhémence, écrase son homme sous un déferlement d'injures, puis le gifle à toute volée d'une claque sonore en pleine joue. Déconcerté, il se calme aussitôt, craignant d'avoir été trop loin dans l'expression de ses reproches.

Le processus délirant va bientôt s'exprimer dans une nouvelle provocation : "Pourquoi parles-tu patois avec ton frère ? Vous vous racontez des histoires dans votre langue et vous vous faites des petits signes pour que je ne comprenne pas. Est-ce que tu me prends pour un aveugle, peut-être ?..."

Là encore, tout se passe comme si l'imagination déréglée de notre patient servait à déclencher, chez sa compagne, un sentiment de culpabilité qui viendrait soulager le sien.

Or, comment sa compagne réagirait-elle ainsi lorsque à sa certitude de n'être pas coupable s'ajoute la jouissance sadique de pouvoir infliger une souffrance au chétif partenaire qui ose la provoquer ?

Le jeu délirant de M. D... continue donc à empoisonner l'atmosphère jusqu'au moment où l'ambiance va devenir insupportable.

Les accusations de notre malade se font en effet plus directes, plus brutales, et elles sont d'autant plus choquantes qu'il les exprime en termes crus : "je suis sûr que tu couches avec ton frère. Tu es une salope ! Tu as deux verges à disputer et tu goûtes celle de ton frère !"

Alors, l'offensée riposte du tac au tac.

Elle bondit sur son insulteur, lui empoigne les testicules, les presse et les tord. Lors d'une altercation ayant eu lieu au lit, c'est le pénis qu'elle a mordu.

Dans chaque cas, l'homme encaisse en maugréant, puis se tait, apaisé.

Comme on lui demandait comment il avait réagi lorsque, à la fin d'une violente querelle, sa femme lui avait jeté un réveil à la tête : "je ne pouvais pas la disputer", dit-il; "si elle me frappait, c'était parce qu'elle m'aimait encore !"

Cette dernière réflexion illustre à merveille la double raison d'être des "scènes" continuelles provoquées par notre malade.

En permettant à celui-ci de constater que l'attachement de sa compagne lui reste acquis, ces disputes satisfont son attitude possessive envers elle: elles sont un exutoire pour la jalousie qui le mine.

D'autre part, par les peines et par les douleurs qu'elles entraînent, elles satisfont le goût de notre patient pour les mauvais traitements, l'humiliation et la souffrance, mais sans que qui que ce soit puisse être tenu pour responsable : c'est ce qui marque la différence entre notre masochiste et un paranoïaque.

Ainsi, M. D... dont la vie a été marquée pendant plus de quarante ans par une patience, une persévérance, une énergie et une abnégation remarquables, en dépit de difficultés et de souffrances multiples, a eu un comportement psychique normal, tant qu'il a satisfait l'ardent désir qu'il avait d'accroître son argent.

Du jour où il a consenti à utiliser son avoir pour acheter un pavillon, l'habitation dont il est devenu propriétaire, n'a plus suffi à le contenter.

Il s'est alors senti frustré et a cherché son salut, dans le travail.

Peu après, par l'intermédiaire d'un vécu psychotique, ses tendances profondes se sont révélées : les composantes masochistes de sa personnalité ont alors émergé, probablement mêlées à des éléments de perversion sexuelle, puisque la jalousie pathologique, c'est-à-dire persistante et non fondée, semble avoir quelque lien intrinsèque avec l'homosexualité.

o O o

OBSERVATION n° 3 :

Monsieur P... est convaincu que sa femme lui est infidèle et qu'elle l'espionne dans ses activités politiques.

Au cours d'une ivresse pathologique, il devient furieux et il tente de l'étrangler.

C'est alors qu'il est hospitalisé dans nos services.

- Six mois auparavant, Monsieur P... a suivi une cure de désintoxication alcoolique. Une première cure avait été effectuée il y a six ans.

. Aujourd'hui, notre malade est âgé de 40 ans.

C'est un homme de petite taille mais très athlétique. Son visage, que fait vivre un regard clair, perçant, difficilement soutenable, est creusé par l'effort et porte les trapes d'une vie rude.

Monsieur P... parle sans détours et de façon assurée. Il n'accepte pas qu'on l'interrompe. Ses mots sont simples et souvent grossiers. Sa parole est saccadée, vive, rapide.

. Dès son entrée dans le service, il se montre agressif.

Aux premières infirmières chargées de s'occuper de lui, il se présente ainsi : "je suis de la droite, mais j'ai la gauche qui tape bien". Il dit encore : "je suis capable de tuer n'importe qui quand je suis en colère et j'ai des nerfs incontrôlables."

Un infirmier refuse-t-il de souscrire à sa demande effrénée de barbituriques, il le menace : "je suis capable de te trancher la gorge d'un coup de rasoir !"

Il erre dans le service, le mentre dans la tête, vantard, inquiétant, et il proclame à qui veut l'entendre : "si je bois, en deux minutes je peux tuer cinquante personnes!"

Surtout, il accepte mal son hospitalisation et il proteste ainsi ; "c'est quand même fort : ma femme est la pire des salopes et c'est moi qu'on enferme!" ou bien : "la vraie malade, c'est ma femme. C'est elle qu'il faudrait soigner. Remarquez que des pourritures comme elle, ça ne se guérit pas, c'est la mort qu'il leur faut !".

- Nous sommes donc en présence d'un malade alcoolique, violent, agité, agressif.

Même prescrits à fortes doses, les neuroleptiques réduisent difficilement la capacité de danger qu'il présente.

. Pour éclairer la nature du conflit qui l'oppose à son épouse, il nous semble nécessaire de rapporter d'abord les éléments connus de sa biographie.

oOo

- Sa mère meurt le jour où il naît; il est alors élevé par son père, éthylique extrêmement violent.

De cette période, il se rappelle que son père, en partant au travail, attachait ses enfants pour être sûr de les retrouver au retour dans la même position.

Il se souvient aussi des fréquentes colères paternelles : elles le terrorisaient.

Il en allait de même lorsque, jouant les Guillaume TELL, son père tirait au revolver à courte distance de ses enfants.

L'alcool tuera ce singulier père à 35 ans.

Notre futur malade vit alors chez une tante jusqu'à l'âge de seize ans, puis il s'engage dans la légion étrangère.

- Dix-huit durant, Monsieur P... sera guerrier.

Il combattrait successivement en INDOCHINE et en ALGERIE, puis deviendrait mercenaire au CONGO, au BIAFRA et au YEMEN.

A l'évocation de ses faits de guerre, il est littéralement subjugué et il se lance avec complaisance dans d'interminables récits sanguinaires et barbares : "Là, on ne rigolait pas, on était des bêtes de guerre. Les "Viets", fallait les supprimer; quand c'était pas à la mitrailleuse, c'était au couteau. Qu'est-ce que vous voulez, la légion, c'est pas fait pour les gonesses : nous, on en a dans le slip !". "Croyez-moi Docteur, ça y allait. Avec moi, les "bougnoles", ils n'avaient qu'à bien se tenir..."

- A son retour définitif en FRANCE, il y six ans, Monsieur P... se reconvertisse à la vie civile et devient patron de bar.

Il reprend la vie commune avec sa femme qu'il ne voyait que très peu auparavant.

. L'ennui et l'inactivité aidant, son goût déjà très prononcé pour l'alcool devient immodéré.

"Dans mon bistrot" dit-il, "je suis comme un lion en cage"; je tourne, je vire, je me ronge à ne rien faire : alors, je pense à mes guerres et tout ça me donne le bourdon... Aussi, pour oublier, je bois."

En une journée, Monsieur P... réussit à absorber - nous affirme-t-il - trois litres de whisky, et deux litres de champagne.

Dans ces conditions, rien d'étonnant à ce qu'il lui arrive d'être assez souvent ivre : il est alors violent et il brutalise son fils, sa femme, des clients, des passants.

. Outre ses excès de boisson, notre homme se bourre d'antalgiques et de tranquillisants et il fume quelque soixante cigarettes par jour.

oOo

- Comme on s'en doute, les rapports de Monsieur P. avec sa femme sont des rapports de force.

Il se montre à elle désagréable, ennuyeux, tatillon, toujours prêt à faire des reproches. Il en est d'ailleurs très conscient, mais il s'en justifie ainsi : "Vous, Docteur, vous savez ce que c'est une femme : alors, si on n'est pas toujours à la remettre dans le droit chemin, c'est la fin des haricots!".

. Sa pensée, dans ce domaine, est parfaitement conforme à l'équation simpliste : virilité = violence ; féminité = passivité. Il exprime d'ailleurs sans ambages dans ce court postulat : "Ma femme n'a qu'à m'obéir et la fermer."

Mme P... manifeste-t-elle son mécontentement en protestant à mi-voix contre les oukases de son mari ? Sur un ton sans réplique, il lui ordonne de se taire, ponctuant parfois sa riposte d'une bordée d'injures.

Il arrive cependant que Mme P... ne se tienne pas pour battue et qu'elle surenchérisse, comme si elle recherchait la colère du mari. Celui-ci alors la menace et, si l'épouse s'obstine, il passe à l'exécution des menaces. Il gifle sa femme à toute volée, lui tire rageusement les cheveux, lui cogne la tête contre les murs : "ça t'apprendra à faire la maligne", lui dit-il; "avec moi, tu vas apprendre à fermer ta grande gueule !". Et Monsieur P... nous déclare sur un ton satisfait : "Quand elle couverte de bleus ou qu'elle saigne, elle s'arrête et ne dit plus rien. Il n'y a que ça pour la faire réfléchir!"

. Un jour, Madame P... surprend son mari en compagnie galante. Elle se révolte et parle de divorcer.

Mal lui en prend car son mari se déchaîne : ivre de colère, il arme son fusil et lui tire une balle dans la jambe.

Voici comment il s'en explique : "Que voulez-vous ma femme m'excite : c'est une tigresse; c'est de la braise; or moi, je brûle vite... Elle me dit : "Allez, vas-y, montre que tu es un homme. Tue-moi ou tu n'es pas un vrai homme!..."

"Vous voyez comme elle me provoque!"

. Entraîné par ses confidences, Monsieur P... nous relate diverses autres scènes de ménage.

Toutes ont un canevas à peu près identique :

- 1° le mari d'abord gronde et menace
- 2° la femme se rebiffe
- 3° le mari s'énerve et frappe fort
- 4° la femme vaincue et humiliée, le mari savoure "sa victoire".

- Cette façon qu'a notre homme d'apprécier les violences qu'il inflige à sa femme témoigne d'un certain sadisme ! Lorsque Monsieur P... nous entraîne dans le champ privilégié de ses rapports sexuels, ce sadisme se précise de façon éclatante.

. Pour lui, en effet, le vrai mâle est celui qui viole, qui impose sa loi martiale et se passe du consentement de sa partenaire.

Lorsque les élans amoureux de sa femme précèdent les siens, il refuse tout net l'acte sexuel.

"Alors, -commente-t-il-, ma femme se fout à pleurer comme une madeleine, mais c'est pas ça qui me fait changer. Et quand elle n'a plus de larmes, elle s'endort. Vous comprenez, c'est pas à elle à décider du moment. Ma femme, c'est pas demain la veille qu'elle va diriger ces choses-là. Chez les P..., c'est moi qui commande; je ne suis pas encore pédéraste..."!

. Après l'initiative des rapports, le principal attribut du mâle, tel que le conçoit Monsieur P... , est incontestablement la violence.

Ainsi ne saurait-il céder ni aux caresses, ni aux démonstrations amollissantes du sentiment : "sois tendres, qu'elle me dit. Si elle se figure que je vais lui faire des manières au lit, elle se trompe. C'est pas mon genre. Un légionnaire, c'est pas une gonzesse !"

Conclusion particulièrement savoureuse dans la bouche de notre homme, lorsqu'on sait combien la valorisation de la violence "virile" témoigne, au contraire, de goûts pédérastiques !

. En somme, pour notre homme, tout coït doit être une agression, décidée par l'homme et subie par la femme; l'accouplement consacre un vainqueur : celui qui monte sur sa partenaire soumise, dominée.

. Parfois, en bon tortionnaire sadique, Monsieur P... ne se donne même pas la peine de rechercher la copulation charnelle : il lui suffit de faire peur pour être satisfait.

C'est ce que nous apprend, bien qu'indirectement, cette réflexion candide par laquelle il cherche à faire endosser par sa femme, la responsabilité de risques encourus : "Ma femme n'est pas compréhensive ... Si je prends le couteau pour lui faire croire que je vais l'égorger; elle me provoque en me tendant le cou. C'est pas des manières à avoir... Un jour, il y aura un malheur!"

- A un certain moment, Monsieur P... soupçonne sa femme d'avoir un amant.

Il s'en explique ainsi ; "Un homme; il sent quand sa femme ne jouit plus pareil. Et puis, vous savez, quand elle me dit "j'ai mal à la tête" ou bien "je me suis couchée tard et je suis fatiguée", je peux comprendre, j'insiste pas beaucoup. Mais quand elle me repousse, quand elle me renvoie de la main et qu'elle fait la dégoûtée, alors ça gamberge vite dans ma tête; et je me mets en colère parce que je comprends qu'elle a un amant."

. De telles raisons peuvent nous paraître trop extravagantes pour être jugées suffisantes. Tel n'est pourtant pas l'avis de Monsieur P... qui, non seulement estime ses soupçons bien fondés, mais ne tarde pas à se convaincre que son rival appartient, - comble d'infamie! - à une famille politique "ennemie".

Dès lors, notre malade "a le meurtre en tête. Et puis, tuer quelqu'un n'est pas la mer à boire !..."

Cependant, il veut attendre de prendre sa femme en flagrant délit d'adultère pour pouvoir par la suite "bénéficier des circonstances atténuantes."

. A peu de jours de là, alors qu'il reçoit chez lui une "personnalité politique" venue le contacter "pour affaire", voilà que notre malade découvre un magnétophone dans sa chambre : "Chez moi ça gamberge vite", nous répète-t-il, "je comprends tout de suite que ma femme a un amant qui se sert d'elle pour m'espionner. Cette salope n'a vraiment rien dans la tête."

Aussitôt, notre malade décide de se venger et, pour s'y préparer, absorbe "dix-sept bières et vingt-sept whiskys". "Avec ça, on se sent un homme", affirme-t-il.

Puis sa colère se déchaîne et il veut passer à l'acte.

Mais alors qu'il tente d'étrangler sa femme, son fils, accouru fort opportunément, empêche que l'irré-médiable ne soit commis.

. C'est à la suite de cette scène que Monsieur P. est hospitalisé.

oOo

- Nous avons vu que Monsieur P... n'avait pas connu sa mère. Or, nous savons que la carence maternelle, surtout lorsqu'elle est totale et qu'elle intervient alors que l'enfant n'a pas une structure psychique assez forte pour surmonter la frustration qui lui est imposée, est génératrice de froideur affective.

Privé de la chaleur nécessaire à l'apprentissage des liens affectifs et sociaux, l'enfant qui en est victime cherche à se protéger de cette situation angoissante par des réactions d'hostilité et de repli sur soi.

Par la suite, cette première expérience de souffrance reste un modèle de relation à autrui.

Il en résulte le refoulement du besoin d'attachement affectif, une inaptitude aux rapports sociaux et une agressivité accrue, l'agressivité devant s'entendre ici, non pas dans son sens étymologique (ad-gradior : je fais un pas en avant) ou dans son sens traditionnel de "dynamisme, affirmation de soi, tendance à l'expansion, pulsion", mais comme synonyme de froideur affective, de caractère malveillant, porté à la destructivité et au sadisme.

. Le fait que notre malade ait été élevé par un père éthylique extrêmement violent, puis confié à une tante jusqu'à l'âge de seize ans, âge auquel il s'engage dans la légion étrangère, n'a pu qu'ajouter aux perturbations de sa personnalité.

. Pendant les dix-huit années que Monsieur P... a passées à faire la guerre, la problématique de l'agressivité a trouvé chez lui une solution satisfaisante, du fait du caractère légal de la violence qu'il exerçait.

. Dès le retour à la vie civile, le besoin de domination n'a plus trouvé à s'exercer que dans le domaine très restreint des activités familiales.

Il s'est alors traduit, surtout à l'encontre de son épouse, par des actes de violence et des manifestations de sadisme, encore favorisés par l'alcoolisme chronique de l'époux.

. Il est donc naturel que notre observation de Monsieur P... comporte, sur un fonds de froideur affective et d'agressivité, des composantes caractérielles sadiques, ces dernières devant s'entendre, non du véritable sadique pervers - qui éprouve un plaisir sexuel génital à faire souffrir physiquement son partenaire -, mais d'un caractère où s'observe simplement la jouissance dans la domination agressive d'autrui.

. Le fonds de froideur affective et d'agressivité a été manifeste pendant les trois semaines passées par notre malade en clinique : il s'y est montré intolérant, violent, tyrannique, dangereux.

Cela ressort également de ses conversations sur ses activités guerrières et sur ses conflits familiaux.

Quant aux composantes caractérielles sadiques, elles se dégagent avec netteté des relations de Monsieur P... avec son épouse.

Il se complait à la maltraiter, à l'injurier, à l'humilier, à lui donner coups et blessures; toute résistance de la part de son épouse provoque en lui une exacerbation des pulsions agressives; enfin, l'acte sexuel est toujours vécu sur un mode violent et très possessif.

- Nous sommes moins à l'aise pour nous prononcer sur le caractère de Madame P...

Nous ne la connaissons que par l'intermédiaire des déclarations du mari et nous ne pouvons retenir qu'avec toutes les réserves d'usage les affirmations de celui-ci concernant l'adultère de sa femme.

Cependant, cela n'est pas inadmissible : la femme masochiste n'est pas moins que d'autres exposée à une telle situation.

Comme l'observe le Docteur G. TORDJMAN, "la masochiste, toujours insatisfaite d'elle-même et d'autrui, s'évertue à cultiver son complexe d'infériorité et son sentiment de culpabilité dans des expériences adultérines sans lendemain..."

Elle convoite avec prédilection le mari des autres parce que "le partage imposé" de celui-ci "assouvit son besoin de souffrance".

Nous pouvons, en revanche, tenir pour tout-à-fait assurées la passivité et la soumission avec lesquelles Madame P... supporte la grossièreté, l'égoïsme et les violences morales et physiques de l'homme auquel elle a sacrifié son existence et, si nous nous interrogeons sur les raisons de cette situation, nous retenons deux sortes d'explications possibles,

1. - La première serait la condition humiliée d'une femme enchaînée par l'ignorance et le manque de ressources, incapable d'assumer autrement sa liberté.

Cela ferait de Madame P... une héroïne de l'humiliation et de la résignation.

Mais les héroïnes sont rares de nos jours, et la facilité avec laquelle Madame P... tient tête à son mari, quand elle en a envie, ne plaide pas en faveur d'un manque de moyens.

2. - La seconde explication retiendrait l'adaptation de Madame P... à un caractère masochique.

Or, c'est un fait que le comportement de Madame P..., vis-à-vis de son mari, est très souvent à l'origine des mauvais traitements, de l'humiliation et de la souffrance qu'elle reçoit.

Tout se passe comme si elle aspirait à être matée, comme s'il était bon pour elle d'être brutalisée, secouée, de sentir la poigne du mari.

Pour la façon dont elle se calme sitôt qu'elle a été battue, elle donne même l'impression que les coups sont aussi efficaces, pour elle, que les caresses pour d'autres.

Certes, nous la voyons aussi se rebeller très souvent contre la puissance maritale, tenir tête à son époux jusqu'à provoquer sa colère, le menacer même : mais ces comportements revendicatifs, ces formes d'agressivité font précisément partie de ce que LAGACHE a appelé le "masochisme militant", qui cherche à faire souffrir moralement l'être aimé par l'exhibition de la souffrance du sujet, de façon à déclencher, chez l'autre, des sentiments de culpabilité.

Ainsi est-il normal de constater, chez les névrosés caractériels de ce type, l'association de tendances sadiques et masochiques.

Nous sommes donc autorisés à voir en Madame P... un bel exemple de caractère masochique.

- L'union de Madame P..., masochique, avec un partenaire conjugal agressif, réalise un couple très caractéristique, à la fois malheureux et inséparable, où chacun, entraîné dans une dialectique sado-masochique, sert le désir profond de l'autre.

o O o

OBSERVATION n° 4 :

Madame C..., âgée de 25 ans, est hospitalisée à l'occasion d'un état d'excitation psychomotrice.

. L'agitation motrice n'est pas considérable et reste peu désordonnée, en revanche, l'excitation intellectuelle est à l'unisson de l'excitation affective et provoque des propos outranciers, destinés en particulier à son mari, et des mimiques théâtrales,

. Les conflits affectifs et la fréquence des incompréhensions au sein du couple ont, par une lente maturation, accru l'éréthisme affectif de Mme C... et l'ont tendu au point de provoquer chez elle une décharge explosive. Surtout, la jalousie exacerbée du mari a fini par polariser l'activité cérébrale de notre malade, troublant son équilibre mental et obnubilant son jugement.

Mais ces troubles seront transitoires et la crise passionnelle s'effacera vite d'elle-même.

Dès lors, Mme C... se montrera détendue et il nous sera plus facile d'aborder la nature de son conflit familial.

- Mme C... vit en compagnie de son mari et de son beau-père.

Elle nous décrit l'un et l'autre comme étant autoritaires, très méfiants, d'une susceptibilité ombrageuse et volontiers portés à l'agressivité.

Lorsque son mari s'absente de la maison, Mme C... reste sous la surveillance de son beau-père : "Chez moi, voyez-vous, ils sont, comme les Arabes; ils ne veulent pas que la femme sorte !".

Cette volonté du mari de maintenir son épouse comme à l'écart du monde est si forte et si entière qu'il tient à faire tout seul toutes les commissions du ménage, même lorsqu'il s'agit d'acheter les sous-vêtements de sa femme.

Quoique que regrettant sa claustration, Mme C... s'y soumet sans trop se plaindre car, dit-elle : "Vous comprenez, mon mari est Andaloux, il est natif d'ALMADOVAR il est terriblement jaloux!". Et pendant qu'elle dit cela, ses yeux brillent, son visage s'illumine et sa mimique exprime, plutôt que la crainte, l'admiration béate !

D'ailleurs, elle ne tient pas à paraître, à nos yeux, une simple victime consentante. Elle se sent coupable aussi : "Oh, mais quand mon mari m'attaque avec sa jalousie je suis désagréable aussi : je m'amuse à l'exciter et à le mettre en colère. Vous savez, je n'ai pas toujours bon caractère, surtout au moment de mes règles !"

Et elle ajoute, comme pour disculper son mari dont elle ne trouve pas, en fin de compte, l'extrême jalousie tout-à-fait condamnable : "il a beaucoup souffert, vous savez. Il a fallu qu'il mange de l'herbe à certains moments de sa vie. Il faut le comprendre !..."

Ainsi, sommes-nous tacitement invités à ne pas refuser à son mari l'indulgence qu'elle lui a accordée; une indulgence plénière à en juger par cette exclamation grandiloquente lancée comme un défi et qui clora notre entretien : "Notre amour, voyez-vous, ne parlera qu'à notre mort !".

- Tout en nous efforçant de rester neutres, nous sommes impressionnés par le contraste entre la crise du début, au cours de laquelle Mme C..., se plaignait avec véhémence de son existence et nous exhibait sa souffrance et, maintenant, le rôle de soumission accompagnée de dépréciation dans lequel elle semble se complaire, comme si elle recherchait un peu inconsciemment la perpétuation de ses mauvais traitements.

Incontestablement, il y a là des traits caractéristiques d'un comportement masochiste.

Si notre pressentiment est juste, nous n'allons pas tarder à le voir corroboré par d'autres observations également spécifiques des névroses de ce type.

oOo

- De Monsieur C..., nous savons pour le moment peu de choses.

Au rapide portrait que sa femme nous en a brossé elle a seulement ajouté qu'il avait dix ans de plus qu'elle et que -détail très intéressant-, il avait été soigné, voilà plus de deux ans dans un hôpital psychiatrique pour troubles graves avec délires et agressivité mais que, vu l'échec des divers traitements et les difficultés sociales que son état risquait d'entraîner si l'on en restait là, on lui avait fait subir une lobotomie qui s'était avérée opportune. Cependant, nous allons vite faire directement connaissance avec lui.

- Trois jours après l'entrée en clinique de sa femme, Mr. C... vient nous demander de l'hospitaliser à son tour "pour dormir".

Il nous apparaît abattu, déprimé, nous dit que son activité est réduite, se plaint de lassitude et d'insomnies.

Il semble avoir conscience de son impuissance psychique.

Il pleure par crises fréquentes et son visage porte le masque de la douleur morale.

Ce syndrome dépressif ne nous permet pas de reconnaître le personnage exigeant, tyrannique et jaloux que l'on nous a décrit.

Seuls quelques mots retenus avec peine et des regards inquiets qui se portent sur nous, à la dérobée, nous laissent pressentir qu'il est peut-être venu aussi pour mieux surveiller son épouse.

Flairant que sa jalousie est à fleur de conscient nous orientons en conséquence notre interrogation.

La fiction délirante de Mr C... nous apparaît alors.

Elle consiste dans la croyance à l'inconduite scandaleuse de sa femme, et la séquestration de celle-ci ne suffit pas à apaiser la jalousie amoureuse du mari.

- Dès lors, nous avons de fortes raisons de considérer Mr. C... comme un paranoïaque délirant et jaloux, probablement cyclothymisé par la lobotomie.

oOo

- Le premier séjour que les époux C... effectuent ensemble à la clinique leur permet de renouer des relations conjugales plus équilibrées et plus saines.

Tandis que Mme C... déclare radieusement : "Je suis contente d'être avec mon mari", celui-ci nous assure qu'il n'attachera plus d'importance à ses thèmes délirants.

Tous deux prennent bientôt congé de nous, nous laissant l'impression d'un couple retrouvé, mais dont les forces de cohésion restent néanmoins fragiles.

- Cinq mois s'écouleront avant que l'état de santé de M. C... nécessite une nouvelle hospitalisation.

Le malade se plaint d'insomnies. Il est devenu aboulique et dit que plus rien ne l'intéresse.

Il est en proie à des idées noires. Il éprouve des idées d'autolyse. Il nous demande "une bonne cure de sommeil" et s'en remet à nous pour le sortir de son état.

. Nous notons en passant qu'il nous explique ses troubles avec un large sourire : preuve de dissociation remarquable entre l'idée exprimée et l'attitude, la teneur affective manifestées au même moment.

. Mme C..., - sans doute pour ne pas interrompre la relation symbiotique avec son mari - veut, elle aussi, être hospitalisée.

Elle affirme qu'elle souffre d'insomnies; avec lucidité, elle en attribue la cause à sa fatigue, à sa nervosité et à l'inquiétude qu'elle éprouve "à voir son mari comme ça". Nous acquiesçons à son désir.

. Un séjour d'une semaine suffira pour que M. C... redevienne normothymique et détendu et pour qu'il nous réclame son départ.

M. et Mme C... nous quittent alors comme des époux modèles.

- Deux mois plus tard, M. C... est hospitalisé de nouveau, après être resté constamment inactif.

Il se présente à nous, paisible et souriant, mais se plaint d'une asthénie psychique intense.

Des idées d'autolyse accompagnent, par moments, son nouvel état dépressif.

En outre, il souffre depuis une semaine de céphalées permanentes ayant pour point de départ les cicatrices de sa lobotomie : cela signe la forte composante cénestopathique de son état présent.

. Deux jours sont à peine écoulés quand Mme C... vient spontanément rejoindre son époux.

De façon très théâtrale elle explique qu'elle "ne peut se passer de son mari" et qu'elle veut demeurer sous sa surveillance familiale.

Nous nous conformons à son désir, pensant que cela pourra favoriser de meilleures relations conjugales et éviter que le délire toujours sous-jacent du mari n'émerge brutalement et ne s'exprime avec violence.

Mme C... reste donc aux côtés de son époux tout le temps du séjour en clinique.

. Après trois semaines de soins, M. C... se sent mieux et le couple peut quitter la clinique, repartant d'un nouvel équilibre dont la fragilité, cependant, reste grande.

- Il aura suffi d'un seul mois pour que Mme C..., seule cette fois, soit de nouveau admise en clinique, la sécurité de son ménage l'exigeant.

. Depuis plusieurs jours, en effet, surmenée par des nuits de veille passées au chevet de son père mourant, non seulement elle explose en colères incessantes lorsqu'elle revient à la maison, mais, à l'occasion de ces colères, elle excite la jalousie du mari par des propos inventés à dessein.

Ainsi "Ce n'est pas ma faute", lui dit-elle, "si les internes de la clinique où est mon père me font la cour!..." ; ou encore : "laisse-moi te dire que, du même coup, je me suis fait un chic ami, là-bas!".

Alors, l'époux provoqué cesse d'être déprimé et ses paroles se font menaçantes : "je ne suis pas jaloux, mais si tu continues, je te jure que ça finira mal".

. Comme nous savons que M. C... dispose d'un fusil de chasse à portée de la main, et parce que nous pensons que ses idées délirantes peuvent revivre d'un moment à l'autre, nous jugeons plus prudent, cette fois, de dissocier le couple et nous hospitalisons seulement Mme C..., le temps qu'elle et que son mari soient calmés.

- Pendant sept mois et demi, les relations des époux C... seront un peu plus harmonieuses et aucun élément regrettable n'empêchera leur vie commune de se dérouler à peu près normalement.

M. C... reprend même une activité professionnelle tant "il se sent bien". Mais, cinq jours par semaine, son nouveau travail exige qu'il soit en déplacement.

Comment un tel éloignement de chez lui pourrait-il ne pas susciter chez notre jaloux, non seulement des doutes, mais une véritable angoisse quant à la fidélité de son épouse ? Ses idées délirantes emportant sa conviction, il ne tarde pas à rechuter sur un mode paranoïaque, jaloux et dépressif.

Une cure de sommeil est alors indiquée pour six jours.

Puis Mme C... rentre en clinique pour rester aux côtés de son mari et ne pas donner prise à d'infâmes soupçons.

Bientôt, cependant, la force et la cohérence du délire jaloux du mari se manifestent de nouveau.

M. C... continue à se torturer et à torturer son épouse en évoquant, à défaut de faits réels, des possibilités. "Méfie-toi !", répète-t-il fréquemment à sa femme.

Celle-ci à présent s'effraie : "il s'énerve... Il ne veut pas s'arrêter... Comment tout cela va-t-il finir ?..."

. C'est dans ces conditions que quelques jours plus tard, le couple nous exprime son désir de quitter la clinique.

Nous tentons de nous y opposer et nous le mettons en garde contre les risques graves auxquels l'exposerait cette sortie prématurée.

Passant outre à notre mise en garde, le couple maintient sa demande et regagne son domicile.

- Peu de temps après, nous apprendrons que M. C..., - sans doute emporté par ses conditions déli-
rantes - a tué sa femme d'un coup de fusil, puis s'est donné la mort en retournant l'arme contre lui.

oOo

- Le caractère masochique de Mme C..., pressenti dès sa première hospitalisation, n'a fait que se confirmer par la suite.

Non seulement Mme C... accepte passivement sa quasi-séquestration, l'autoritarisme de ses gardiens, l'extrême jalousie et le comportement agressif de son époux et maître, mais elle semble se complaire dans cette acceptation.

Dès sa première hospitalisation, sitôt sa crise passionnelle apaisée, Mme C... montre à quel point elle aime et admire son mari "terriblement jaloux" : elle cherche dans les souffrances passées de celui-ci une excuse à son despotisme actuel; elle va même jusqu'à s'accuser pour mieux le disculper.

Par la suite, le plaisir qu'elle tire de ses propres souffrances se confirme et l'on voit qu'elle ne peut se passer de son tyran de mari.

Après avoir obtenu de rester en clinique avec lui : "Je suis contente d'être avec mon mari", déclare-t-elle radieusement.

Lorsque celui-ci est malade à nouveau, elle s'énervé, s'inquiète, souffre d'insomnies et demande à être hospitalisée avec lui.

Lors d'une nouvelle admission du mari en clinique elle-même vient expliquer qu'elle "ne peut se passer de lui" et qu'elle veut demeurer sous sa surveillance familiale. Incontestablement, Mme C... se satisfait de son rôle de soumission.

. En association avec ces tendances masochistes nous constatons, comme souvent chez les névrosés de ce type, quelques tendances sadiques.

C'est le cas lorsque Mme C..., s'"amuse à exciter son mari et à le mettre en colère".

C'est encore le cas lorsque, revenant de l'hôpital où elle a veillé son père mourant, elle provoque et attise d'une manière diabolique la jalousie pathologique de son mari au moyen de propos qu'elle invente de toutes pièces.

. Cependant, les tendances masochistes sont chez Mme C... les plus fortes. Lorsque elle excite et exaspère son mari, elle n'en retire qu'un plaisir éphémère et la probabilité, chez lui, d'une nouvelle décharge explosive dont elle sait, par ailleurs, qu'elle fera les frais.

Au contraire, le besoin qu'elle éprouve d'être partout et toujours aux côtés de son mari et la souffrance qu'elle ressent à le voir déprimé témoignent de son incapacité à résoudre par elle-même les problèmes de l'existence et montrent à quel degré elle s'empoisonne les jours comme à plaisir, comme si elle éprouvait une réelle satisfaction à se sentir ainsi écrasée par la vie.

. Rien d'étonnant donc que, comme la plupart des caractères masochiques, Mme C... ait choisi dans le mariage un partenaire conjugal agressif, avec lequel elle forme un couple malheureux et cependant inséparable, chacun servant les désirs profonds de l'autre.

- A en juger par l'oppression tyrannique qu'il exerce sans cesse sur son épouse, nous pourrions être tenté de rapprocher M.C... sinon du véritable sadique pervers - car rien ne nous montre que M. C... éprouve un plaisir sexuel génital à faire souffrir sa partenaire -, du moins du névrosé caractériel sadique, lequel se satisfait et donc tire une certaine jouissance de sa domination agressive.

Nous remarquons cependant que, contrairement au névrosé caractériel sadique, M. C... n'est jamais satisfait de son sort.

Certes, son autoritarisme, sa susceptibilité ombrageuse, ses réactions agressives demeurent au premier plan, mais ils sont secondaires à une insatisfaction affective profonde.

Son agressivité est agressivité de défense, de protection.

C'est l'agressivité du caractère paranoïaque qui tend à voir partout des intentions cachées et des insinuations malveillantes.

. Cela est particulièrement remarquable avec la jalousie morbide de notre malade, - forme de jalousie le plus souvent rapportable au caractère paranoïaque - que sous-tend le désir de posséder l'être aimé dans sa totalité, d'être maître, aussi bien de son passé que de ses pensées présentes et de son avenir.

Or ce désir ne peut jamais être satisfait et notre jaloux se torturera et torturera sa femme en évoquant des faits réels ou des possibilités, en imaginant qu'elle a pu être un moment attachée à quelqu'un d'autre, ou qu'elle peut encore manifester de l'intérêt à telle ou telle personne.

. Quand le délire nourrit et fortifie ces doutes, l'intensité de l'idée croît, devenant capable, si le malade se trouve privé des soins indispensables, de porter l'état passionnel à son paroxysme et d'aboutir aux plus dangereuses réactions.

C'est là précisément ce qui est arrivé à M. C...

Son suicide, après le meurtre de sa femme, investit d'un sens prémonitoire et tragique les paroles jusque-là un peu sibyllines de Mme C... : "Notre amour, voyez-vous, ne parlera qu'à notre mort !".

OBSERVATION n° 5 :

Après deux semaines de permission passées dans sa famille auprès de son épouse et de ses trois enfants, M. R... a regagné le TCHAD où ses fonctions de sous-officier de l'armée française le retiennent depuis quelques mois.

L'état de santé psychique de Mme R... s'est alors détérioré au point qu'elle a dû être hospitalisée dans un service psychiatrique.

oOo

- Dès les premières minutes de l'entretien, Mme R... nous apparaît abattue, désespérée.

La tristesse est inscrite dans son attitude accablée, dans ses gestes rares et empreints de lassitude.

Son faciès douloureux prend un masque tragique et laisse poindre une vive inquiétude.

. Le discours est en accord avec l'apparence extérieure.

D'une voix monocorde et murmurée, la malade exprime un vécu triste où domine la douleur morale : "Mon mari est au TCHAD : c'est comme si la moitié de moi-même était partie... Sans mon mari, je n'ai plus de but dans la vie."

. Les sentiments, les élans affectifs sont émoussés. Mme R... se plaint de ne plus pouvoir comme autrefois, participer, aimer : "A présent, même les gosses ne me suffisent pas !".

. La perte de l'initiative aussi est signifiée. L'appétence antérieure à entreprendre, à agir, à se prodiguer, est aujourd'hui affaiblie ou absente : "Chez moi, je tourne en rond, je ne fais plus rien. Je ne supporte plus la maison, alors qu'autrefois je m'y plaisais."

. Surtout, une anxiété profonde est manifeste; elle prend un caractère morbide et stérilise la vie de la malade : "J'ai peur de rester seule chez moi. Je crains de devenir folle, je ne pense plus qu'à ça."

Cette anxiété s'accompagne de réactions d'angoisse. Souvent Mme R... a la sensation qu'elle va étouffer. Elle se plaint aussi de fréquentes insomnies.

. Plus graves encore sont les idées de suicide qui tourmentent Mme R... de manière incessante : "J'avais peur du balcon et je me disais sans arrêt : Pauvre de toi si tu deviens folle et si tu te jettes du balcon !..."

- Ainsi Mme R... s'est présentée à nous en crise de dépression névrotique.

Cet accès est survenu après une expérience vécue comme une frustration : le départ, donc l'absence de son mari. Brusquement privée du soutien, de l'encouragement et de la sécurité qu'elle avait attachés à l'image du mari, Mme R... n'a pu s'y résoudre et a vu s'effondrer le monde dans lequel elle s'était habituée à vivre.

. Quand un couple est construit sur des affinités tellement complémentaires que l'éloignement de l'un des partenaires suffit à entraîner un tel effondrement des résistances psychiques, on se trouve en présence d'une véritable "maladie conjugale".

. Des informations ultérieures sur les relations conjugales de M. et Mme R... nous éclaireront sur la nature de cette "maladie".

. Pour l'heure, l'hospitalisation de Mme R... va lui redonner le sentiment de sécurité qui lui manque; une chimiothérapie adéquate et une psychothérapie de soutien vont vite avoir raison de l'état d'abattement dans lequel elle se trouve.

oOo

- L'accès dépressif de Mme R... une fois apaisé, nous nous employons à préciser le diagnostic en recherchant, dans l'histoire de la malade, les conflits qui ont pu la conduire à un tel état névrotique.

. Nous apprenons ainsi que, depuis onze ans déjà, plusieurs épisodes dépressifs ont jalonné le décours de la vie psychique du sujet.

. Le premier avait surpris Mme R... à l'occasion de sa première grossesse. Survenue avant le mariage, celle-ci avait engendré chez notre malade un mélange d'angoisse et de culpabilité qui l'avait fortement ébranlée.

Loin de la soutenir et de l'encourager dans cette circonstance, son futur mari l'accusait alors "d'avoir fait exprès de se trouver enceinte" et lui souhaitait, pour punition, de vivre "sa grossesse dans la maladie" et "d'enfanter dans la douleur".

. Dès la naissance de son bébé, Mme R... présenta une phobie d'impulsion : "la peur de tuer l'enfant". Certes, elle était incapable de commettre un tel acte sciemment : elle aimait beaucoup trop son enfant pour cela, mais elle était hantée par la crainte de perdre la raison et de passer à l'acte.

Pour éviter cet acte, elle menait un combat difficile et devait développer toute une série de rituels contre-phobiques.

Ainsi lui fallait-il, dans sa vie ménagère, revenir sans cesse sur un grand nombre de ses actions pour s'assurer qu'elle les avait correctement effectuées.

Ces vérifications ne lui laissaient aucun répit : c'était toujours la même fuite en avant, une course infernale d'où elle sortait épuisée.

. On s'accorde à penser que, dans l'obsession-impulsion d'acte criminel, les tourments du châtiment que mériterait l'accomplissement de la faute sont vécus comme une punition anticipée.

Rapporté au cas qui nous occupe, cela nous permet d'en conclure que Mme R... se trouvait entourée d'un climat de souffrance : indication propre à nous faire flairer un caractère masochique.

- Dans la série des épisodes que Mme R... nous relate, nous relevons d'abord une dévalorisation de l'image de celui qui allait devenir entre temps son mari et envers qui elle manifestait, au moment de l'entrée dans le service, un attachement passionné.

. Celui-ci est décrit, en effet, comme un homme violent, jaloux et tyrannique dont la seule présence au foyer suffisait à créer un climat de crainte et d'anxiété. "Très souvent", nous confie-t-elle, "il battait les enfants jusqu'au sang" et cela "sans raison apparente"; cela se produisait, par exemple, "quand il revenait énervé de sa caserne".

. Ce père brutal et peu affectueux était aussi un mari très méfiant qui surveillait sans cesse les faits et gestes de sa femme. Celle-ci sortait rarement seule et, lorsque cela se produisait, elle était au retour soumise à un interrogatoire minutieux extrêmement déplaisant.

. Enfin, il arrivait à M. R... de se conduire en mari violent.

"Un jour", raconte Mme R..., "ma belle-soeur lui avait rapporté que je voulais divorcer. Alors, il m'a battue jusqu'au sang. Plus je criais et plus il me frappait. Ça n'en finissait pas. Je n'arrivais pas à me taire."

. Tout le long de ces événements déplorables, Mme R... se sentait malheureuse. Elle éprouvait chaque fois comme "un grand choc moral" et cela, nous dit-elle, "la déprimait".

- Peu à peu cependant, la relation d'objet qui lie notre malade à son mari se transforme.

. Inquiète, mal à l'aise, comme si elle se reprochait d'avoir été trop loin dans l'accablement de son mari, elle reconnaît avec un sourire triste avoir "envisagé en secret de divorcer", mais elle ajoute presque aussitôt qu'elle ne s'est pas tenue longtemps à cette idée : "J'avais compris", dit-elle, "que ce serait une folie. Je l'aimais trop pour cela. Et puis, j'étais sûre qu'il changerait !"

. Le changement attendu ne s'étant pas produit, notre patiente, toujours malheureuse, humiliée, parfois battue, a reporté son espoir à plus tard. "Après tout", explique-t-elle : "c'était mon destin"!

. Puis, Mme R... s'emploie à déculpabiliser son mari.

"Moi, je suis trop mère-poule avec mes enfants", nous dit-elle, "lui, il équilibre la balance". Et encore : "Moi aussi, des fois, il m'arrive de battre mes enfants un bon coup; après je les cajole!"

. Aux violences que commet son mari, Mme R... trouve d'ailleurs des circonstances atténuantes : "Vous savez, mon mari a été élevé à la dure. Son père, pour le punir, le mettait nu dans la baignoire et lui donnait des coups de martinet." Et encore : "quand il était enfant, mon mari n'avait pas le droit de parler, ni de bouger, ni de faire quoi que ce soit."

C'est nous inviter tacitement à accorder à M. R... l'indulgence qu'elle lui a depuis longtemps donnée. "Après tout", déclare-t-elle au terme de son généreux plaidoyer, "mon mari est tout pour moi... A la maison, il s'occupe de tout, et même de la date de mes règles... Vous savez, Docteur, je l'adore !... Rien qu'à le voir, je me sens heureuse."

- Ainsi, ce qui domine dans le vécu de Mme R..., c'est, nous semble-t-il, l'ambivalence affective qu'elle professe vis-à-vis de son mari, de ses enfants et, peut-être, d'elle-même.

A l'image d'un mari et d'un père brutal, méfiant et tyrannique, s'oppose l'image d'un père-gardien attentif et prudent du foyer, et celle d'un mari vigilant et dévoué auquel notre patiente voue, pour finir, une véritable adoration.

A l'image des enfants qu'elle chérit au point de se reconnaître trop mère-poule, s'oppose celle des enfants qu'il lui arrive de "battre un bon coup" avant de les "cajoler" à nouveau.

. Cette ambivalence affective fait de Mme R... une insatisfaite permanente et fortifie l'impression que nous avons de nous trouver en présence d'un caractère masochique.

Envahi par un sentiment d'angoisse et de culpabilité qui croît en fonction de cette ambivalence insupportable, le masochiste, en effet, redoute et souhaite dans le même temps le châtimement qui le menace.

Tel est précisément le drame qui atteint Mme R... : s'empoisonnant l'existence comme à plaisir, elle se montre constamment malheureuse et écrasée par la vie, sans pouvoir en rendre qui que ce soit responsable.

c0o

La recherche des antécédents familiaux nous permet d'obtenir d'autres renseignements intéressants.

Mme R... a vécu une enfance malheureuse dans une famille très pauvre. Quand elle naquit, ses parents, qui avaient déjà quatre filles, se montrèrent très déçus de ne pas voir à sa place un garçon.

En grandissant, elle souffrit d'autant plus de se sentir frustrée et mal-aimée que ses parents lui signifiaient que c'était à cause de son sexe.

. Son père, très autoritaire et d'esprit étroit, la brimait souvent. "J'étais la tête de Turc", nous dit-elle. "Il était plus sévère avec moi qu'avec mes soeurs et il me battait pour un rien."

. Al'école, des camarades se moquaient d'elle parce qu'elle était "pauvre et mal habillée".

Aujourd'hui, elle se souvient encore du plus beau rêve de son enfance : une fée lui remettait "un cartable tout neuf."

. "Pour toutes ces raisons", explique-t-elle, "j'en voulais à mon père et je le détestais".

- Et aujourd'hui, que pense-t-elle de son père ?

A cette question un peu inattendue, elle commence par répondre : "Oh! je me fous de mon père". Puis, elle ajoute, par une volte-face semblable à celle que nous lui avons vu opérer en parlant de son mari : "Et dire que quand j'en parle à mes gosses, je l'admire!..."

- Ainsi, à l'égard de son père aussi, notre malade sent coexister en elle des sentiments contradictoires, un mélange d'amour et de haine, la même ambivalence affective que nous lui avons vu éprouver envers son mari.

. Tout se passe donc comme si le caractère masochique de notre patiente résultait de son vécu infantile et s'était fortifié par l'attitude émotionnelle ambivalente à l'égard de son père.

Par la suite, notre patiente a choisi un partenaire conjugal au caractère complémentaire du sien: autoritaire, violent, agressif comme l'était son père.

C'était en effet le moyen le plus sûr pour que puissent se poursuivre, au niveau du couple, les relations sado-masochiques solidement établies depuis l'enfance.

OBSERVATION n° 6 :

Mademoiselle V... a presque 21 ans quand son état de santé motive son admission dans une clinique psychiatrique.

Au premier abord, elle paraît déprimée.

Sous un masque de tristesse profonde, elle fait des efforts visibles pour ne pas manifester l'anxiété dont elle est la proie.

Elle reste plongée dans on ne sait quelle rumination morbide.

Soudain, elle éclate en sanglots, puis proteste de son état d'épuisement. Cet état est apparu brusquement lorsque, à la suite d'une violente dispute, son ami l'a battue brutalement.

Manifestement, c'est un tableau dépressif sévère auquel nous sommes confrontés.

oOo

- Sur le plan sentimental, cela fait un an que Melle V... entretient des liaisons amoureuses avec son ami.

Depuis un mois, tous deux ont décidé de vivre ensemble dans le même appartement. Mais l'éloignement du lieu de travail de l'ami l'empêche de rentrer chaque soir à la maison.

Or, cet ami est un affreux jaloux et la jalousie pathologique qui le tourmente a pour conséquence des scènes extrêmement désagréables lorsque, de retour à la maison, il commence par mettre en question la fidélité de sa compagne.

A peine arrivé, il vérifie le compteur kilométrique de la voiture de sa bonne amie pour s'assurer qu'elle n'a pas parcouru plus de chemin que ses déplacements professionnels ne l'exigent.

En cas de doute, -car, comme le dit très justement STENDHAL, : "toujours une chose imaginée est une chose existante" -, il la dispute bruyamment dans l'espoir de lui faire avouer l'infidélité qu'il suspecte.

. C'est dans une circonstance analogue que, deux jours avant l'entrée en clinique de Melle V..., les soupçons d'infidélité s'étant emparés de nouveau du jaloux, celui-ci, courroucé, a insulté sa bonne amie, s'est jeté sur elle et l'a battue.

"Il a eu une crise de folie parce qu'il croyait que je l'avais trompé", explique-t-elle.

. A la suite de cet incident, Melle V..., décidée à rompre avec son ami, s'est réfugiée dans sa famille.

Mais l'événement traumatisant l'a affectée à un tel point que, sa santé psychique l'exigeant, elle a été dirigée sur notre clinique.

oOo

- Très vite, presque du seul fait de son installation dans un milieu sécurisant, notre malade voit s'améliorer son état.

Mais à mesure que les signes dépressifs qu'elle présentait s'atténuent, les sentiments d'hostilité qu'elle nourrissait à l'encontre de son ami s'affaiblissent et font place à une touchante compassion : "Mon ami est très violent, mais autrement il est très gentil", assure-t-elle.

Et encore : "il va peut-être me mener une vie impossible, mais parfois je pense l'inverse." - "Il m'a battue, il a raconté sur moi des choses fausses, il est jaloux et m'a accusée de le tromper avec un autre homme; tout cela m'a déboussolée; mais je suis sûre que cela s'arrangera et j'ai toujours envie de me marier avec lui".

Ainsi, et c'est très remarquable, chaque fois que Melle V... ose évoquer un comportement défavorable à son ami, chaque fois qu'elle décrit celui-ci comme un partenaire méchant à l'encontre de qui on pourrait prononcer un jugement dépréciatif, elle fait suivre sa remarque hostile d'un "mais" qui, par la transformation du "mauvais objet" en "bon objet" qu'il opère, vise à rationaliser la passion amoureuse de la patiente.

. Manifestement, dans cette opposition systématique de l'image du bon ami au compagnon jaloux et irascible, dans l'ambivalence émotionnelle par laquelle Melle V... redoute et souhaite dans le même temps l'homme qui est la cause de sa souffrance, on perçoit comme un parfum puissant de masochisme.

- Quelques jours après être entrée en clinique, Melle V... présente un retard de règles de cinq jours.

Cela n'est pas pour lui déplaire : "j'ai soif d'être enceinte", déclare-t-elle; puis en pensant à son

ami : "j'aimerais avoir un enfant de lui : comme cela, je serais mieux liée à lui."

Ces réactions mettent en relief l'avidité avec laquelle le sujet brûle de s'incorporer l'objet aimé et de ne faire qu'un avec lui.

Aussi, lorsqu'au sixième jour de retard le retour des règles survient, la déception est à la mesure de la grande espérance que ce retard avait fait naître.

. Néanmoins, le besoin voluptueux que Melle V... éprouvait d'être liée de façon durable et profonde à un garçon brutal et jaloux, le don total qu'elle s'appropriait à lui faire d'elle-même, cela ne pouvait émaner que d'une personnalité fragile, d'une individualité exposée par une immaturité affective à de sérieuses mésaventures.

- Voilà plus de dix jours que le séjour en clinique a commencé et Melle V... n'a pas encore revu son ami.

Elle en éprouve un sentiment de frustration qu'elle tolère mal : elle s'agite, trépigne, proteste de son amour, clame sa détresse avec emphase : "je brûle de le revoir, j'en ai assez d'être séparée de lui". - "Je vais devenir de plus en plus dingue si cela continue."

Puis, changeant d'attitude, elle s'efforce d'apitoyer en évoquant le spectre du suicide qu'elle suspend au-dessus d'elle comme une épée de DAMOCLES.

Elle ressemble alors à une pauvre petite chose effondrée : "si je ne le vois pas, je veux mourir..." - "si on l'empêche de me revoir, il me restera le suicide..."

. Mais l'état passionnel est trop démonstratif pour être tout-à-fait convaincant et le danger annoncé ne semble pas pour demain.

Plutôt que la possibilité d'un drame imminent, cette sorte d'exhibitionnisme sentimental avec chantage au désespoir traduit, nous semble-t-il, la nature "hystéroïde" de la névrose de notre malade.

- Après avoir passé deux semaines en clinique, Melle V... reçoit la visite de son ami qui lui offre un ours en peluche. C'est pour elle une résurrection.

A la suite de cette visite, Melle V... est métamorphosée.

La joie rayonne sur son visage. D'un air ravi et triomphant, elle annonce : "ça y est. On a prévu l'avenir tous les deux. A la sortie, je vais passer 8 à 15 jours de convalescence chez lui. On se fiance à Noël, puis on se marie au début de l'an prochain. Dans les intervalles, on vit ensemble."

Puis, elle ajoute : "la clinique nous a montré qu'on tenait beaucoup l'un à l'autre. D'être séparés, on devient dingues..." - " Il me semble qu'il a changé en bien. Il m'a dit qu'il ne me taperait plus. Je suis pressée de repartir avec lui."

. Ainsi, malgré la mauvaise qualité et les résultats, pour le moins inquiétants de sa courte expérience pré-conjugale, Melle V... vient de choisir de passer de l'union libre au mariage et elle est résolue à se donner pour époux l'homme violent et jaloux qui l'a maltraitée jusque-là.

. Convaincu qu'une manifestation de notre désapprobation à ce sujet serait, non seulement un erreur, mais une faute, -car cela reviendrait, ainsi que l'écrit ROGERS, à tenter d'imposer au patient "un système de valeurs qui n'est pas le sien" -, nous nous contentons de demander à Melle V... comment elle compte annoncer la nouvelle à sa famille que nous savons hostile à ce mariage.

La réponse jaillit comme une flèche : "Je sais que ma famille ne veut plus que je voie mon fiancé; mais je suis majeure depuis Dimanche. Alors, parce que je le veux, je me marierai et je resterai tout le temps avec lui."

Cette dernière phrase, prononcée sur un ton agressif, s'accompagne d'un regard sévère comme si Melle V... ne pouvait supporter l'idée d'une opposition à son choix.

Nous avons dès lors le sentiment qu'une prolongation du séjour de notre patiente en clinique ne ferait pas changer sa détermination et nous envisageons d'y mettre fin bientôt.

oOo

- La veille de son départ, Melle V... nous confie : "j'ai eu dans ma vie une relation amoureuse d'une semaine avec un collègue de travail, mais je l'ai lâché parce qu'il était trop gentil."

Cette confession est très intéressante.

Elle montre, en effet, que notre patiente n'a pas "lâché" son compagnon de travail par crainte, par exemple, d'être réduite à un rôle déplaisant, mais, au contraire, parce que son compagnon amoureux se montrait trop gentil, ce qui avait sans doute pour effet de soulever en elle une vague de plaisir qu'elle n'était pas en mesure de supporter. Comme l'affirme REICH, l'accroissement de l'excitation sexuelle est ressenti comme une menace qui fonde la personnalité masochique.

. Du masochiste, Melle V... nous a montré l'attitude humble, dépendante, la tendance auto-destructrice et le besoin de souffrir.

Le besoin d'être soumise, dominée, voire contrainte, éclate plus manifestement encore dans ses deux dernières confidences : "Moi, je veux dépendre de quelqu'un" et "Moi, je veux que l'homme soit au-dessus de la femme".

Ces affirmations de dépendance sont en parfait accord avec le choix systématique, par le caractère masochique, d'un partenaire conjugal qui s'évertuera à la maintenir sous sa coupe, donc d'un partenaire dominateur, généralement violent et agressif, qui ait besoin, pour se valoriser, d'apparaître comme un chef, comme un maître, comme une sorte de demiurge tout-puissant.

Tel est précisément le cas de l'homme autoritaire, jaloux, tyrannique, que notre patiente veut se donner pour époux, un homme qu'elle ressent déjà comme le centre de gravité de sa propre vie affective et auprès de qui elle pourra vivre en esclave asservie.

- Par un tel choix se trouve illustrée une nouvelle fois la complémentarité des personnalités du couple sado-masochique, complémentarité qui explique pourquoi ce couple s'avère le plus souvent solide, en dépit des apparences.

. Si toutefois l'un des partenaires, pour une raison quelconque, cesse d'être disposé à tenir son rôle compensateur, le déséquilibre qui en résulte peut provoquer une décompensation redoutable.

. Que la liaison de Melle V... avec son ami actuel soit donc durable ou non, notre patiente aura encore, à cause de son caractère masochique, bien des échecs à rencontrer et des souffrances à supporter.

Nous lui recommanderons donc d'avoir à nous consulter à nouveau, et à des intervalles prudents.

OBSERVATION n° 7 :

Madame D..., 37 ans, vient se réfugier à la clinique, sans avoir prévenu sa famille.

. Elle se présente avec le regard morne, les joues pâles, le visage atone. Ses traits amaigris et ses gestes lents et sans souplesse la font paraître plus âgée qu'elle ne l'est. Depuis environ un mois, elle ne mange presque plus et a maigri de cinq kilos. Elle se plaint aussi d'insomnies.

. Ces symptômes physiques s'accompagnent d'un climat de tristesse et d'angoisse. Notre malade paraît accablée et inquiète.

Elle s'accuse de "voir tout en noir". Depuis quelques temps, "des idées de suicide" viennent parasiter le cours de ses pensées.

Elle est fréquemment sujette aussi à des crises de larmes.

. Nous sommes donc en présence d'un syndrome dépressif.

Mme D... l'explique de la façon suivante :
"Mon mari ne met plus les pieds à la maison depuis six mois et maintenant il veut me quitter."

oOo

- En réalité, le prétendu "mari" de Mme D... est un ami avec qui elle vit en concubinage depuis douze ans et de qui elle a eu deux enfants, un garçon et une fille, respectivement âgés de neuf ans et de six ans.

C'est un ancien légionnaire au caractère violent et irascible.

Les disputes conjugales, fréquentes au début de la liaison, sont vite devenues quotidiennes.

Il y a six mois, l'"ami" a commencé à découcher, puis il s'est absenté plus longuement de la maison et il n'y vient maintenant que pour prendre son courrier.

"J'aime la camaraderie, pas les femmes", dit-il en guise d'explication.

Pendant ce temps, Mme D... est seule à prendre en charge l'entretien et l'éducation des enfants et les autres problèmes du foyer.

- Mme D..., cependant, ne se résout pas à la séparation.

"Je ne me sens pas le courage de supporter toute seule mes responsabilités.", déclare-t-elle : "j'aimerais bien y voir clair et prendre des décisions concernant l'avenir, mais, dès que je pense à mes problèmes, j'ai de la peine, je deviens triste et je ne peux pas continuer."

Elle dit encore : "je voudrais être assez forte pour partir avec mes enfants, mais j'ai peur de ne pas y arriver."- "quelquefois, j'essaie de me résoudre au pire : quitter la maison, aller ailleurs, essayer de vivre sans lui... Mais cela ne dure pas longtemps et je sors de là plus déprimée qu'avant."

. Ainsi, alors même que les circonstances l'invitent à se défaire d'une situation qui lui a causé et lui promet encore des souffrances, des humiliations et des pleurs, notre patiente se sent écrasée par la vie, accuse "la tristesse", "la peur" et l'irrésolution qui l'habitent de la condamner à l'échec, préfère se persuader que ses problèmes sont compliqués et insolubles.

Comme elle l'exprime très bien, "le pire" serait pour elle de "quitter la maison", "d'aller ailleurs", d'"essayer de vivre sans lui", ce qui sous-entend qu'elle ne tient guère, au fond, à se séparer de l'homme dont elle reconnaît, dans le même temps, les défauts et les torts, qu'elle préfère lui rester soumise et continuer à vivre dans le climat de souffrance qu'il maintient constamment autour d'elle, ce climat de souffrance auquel elle semble aussi tyranniquement attachée qu'un toxicomane à sa drogue.

Par cette ambivalence affective pour un mari et un mauvais père, par cette insistance complaisante à exhiber sa souffrance et ses malheurs, mais en se gardant d'en accabler celui qui en est cependant, en grande partie, responsable, Mme D... se différencie du caractère paranoïaque et offre un bon exemple de masochisme moral.

. Le caractère masochique apparaît mieux encore dans l'ultime argument par lequel Mme D... termine l'exposé de ses difficultés : "Je ne pourrai pas le quitter", dit-elle en parlant de son ami, "parce que je l'aime encore".

Par cette explication toute simple, elle transforme en un choix positif son incapacité d'agir; elle manifeste son besoin de conserver la relation qui l'unit à celui

qu'elle continue de vivre, envers et contre tout, comme un "bon objet", c'est-à-dire un "objet" bienveillant vers lequel elle dirige son désir.

Sans qu'elle en soit consciente, elle assure par là, outre la perpétuation de son échec, sur le plan conjugal et dans les domaines qui en dépendent, la continuation de la névrose dont elle souffre.

oOo

- En poursuivant notre entretien avec Mme D..., nous apprenons qu'elle a déjà été mariée, alors qu'elle avait 17 ans, avec un autre légionnaire, mais que cette première expérience conjugale a été plus désastreuse encore que la liaison actuelle.

Le mari était un alcoolique invétéré qui passait le plus clair de son temps au café où il dilapidait la plus grande partie de l'argent du ménage.

Pourvu d'un caractère nerveux et irritable, c'était un époux fruste, violent, autoritaire, avec qui les disputes et les scènes de ménage étaient choses fréquentes et banales.

Quand la durée ou l'allure que prenaient les querelles, l'excédait, il y mettait un terme en battant "furieusement" la jeune femme jusqu'à ce que celle-ci, épuisée, demandât grâce ou se résignât au silence.

Dans ces conditions, Mme D... vivait sur un fond dépressif permanent : "je me sentais perdue", dit-elle.

Cependant, huit années passèrent sans que Mme D... ne fît rien pour transformer cette situation déplorable.

Au bout de ce temps, elle fit la connaissance, "par hasard", de l'ami actuel qui l'encouragea puis l'aïda à se séparer du mari. Le mari partit sans histoire. Depuis, elle ne l'a plus revu; "et c'est comme ça" dit-elle, "que j'ai refait ma vie avec mon ami d'aujourd'hui".

- Ce qui frappe, dans l'exposé des mésaventures de Mme D..., c'est la similitude de ses deux expériences conjugales.

Par deux fois en effet, notre patiente a choisi d'épouser un homme au caractère violent et irritable.

Le premier était un légionnaire, le second un ancien légionnaire.

Chacun s'est révélé un piètre partenaire conjugal, autoritaire, peu affectueux, indifférent aux problèmes du foyer.

Avec chacun des deux, les querelles et les humiliations ont été à peu près quotidiennes.

Dans les deux cas aussi, notre patiente a subi son échec avec résignation, se persuadant que ses problèmes étaient trop difficiles pour qu'elle pût les résoudre toute seule, se réfugiant complaisamment dans l'opium d'un état dépressif où l'insatisfaction, la tristesse et l'angoisse prévalaient.

. Cette similitude, pourtant, n'est pas fortuite.

. Le sujet atteint de masochisme moral est d'abord un insatisfait permanent.

Comme le souligne Maurice DONGIER, "les problèmes de l'existence sont toujours pour lui compliqués, insolubles. Dans le mariage, il choisit souvent un partenaire conjugal agressif, avec lequel il forme un couple sado-masochique, toujours malheureux, souvent inséparable, chacun servant le désir profond de l'autre".

Nous avons vu cela dans les deux cas qui nous occupent.

Lorsque le partenaire agressif cesse d'être disposé à tenir son rôle complémentaire, le sujet masochique s'efforce de remplacer le partenaire défaillant par un partenaire de mêmes tendances, apte à rétablir la cohésion du couple. C'est ce qui s'est produit à la fin du premier mariage.

. D'autre part, le propre du sujet atteint de masochisme moral est d'attirer les mauvais traitements, l'humiliation et la souffrance.

Comme le Docteur NACHT le remarque finement dans un texte qu'on croirait écrit exprès pour s'appliquer à notre patiente : "le masochiste est un être qui se rend malheureux, mais qui ne cesse de provoquer ceux qui l'entourent à le rendre plus malheureux encore".

Cela tient à ce que le masochiste est dévoré par un besoin d'autopunition qui satisfait son sentiment de culpabilité inconscient.

Pour tenter d'apaiser ce besoin d'auto-punition, le sujet masochiste excelle à se livrer à des actes et à des récriminations aptes à provoquer et à envenimer les désaccords et les disputes : ainsi s'expliquent la fréquence et la violence des querelles et des scènes de ménage qui jalonnent les deux expériences conjugales de Mme D...; il excelle également à refuser toute situation qui le comblerait sur le plan affectif et sexuel, car cela lui ôterait le plaisir de se plaindre: d'où le détachement manifesté envers notre patiente par ses deux conjoints successifs.

. Ainsi, l'analogie des expériences conjugales de Mme D... n'est pas accidentelle : elle est la conséquence inévitable de sa névrose masochiste.

oOo

- Vers la fin de son séjour en clinique, Mme D... reçoit la visite de son "ami" qui, ayant appris son hospitalisation, vient lui exprimer ses regrets et l'assurer de son affection.

Notre malade est revigorée, reprend confiance, ne peut cacher son contentement.

Après la visite, elle nous annonce, émue et visiblement satisfaite : "mon mari s'est décidé à venir. J'ai cru au père Noël ! J'ai été tellement surprise que cela m'a donné un grand coup. Et vous savez, il a été très gentil!..."

Ainsi, la rupture n'est pas consommée.

La réconciliation est amorcée.

Le rétablissement de Mme D... va s'en trouver facilité.

. Cinq jours plus tard, Mme D... nous dit à nouveau : "je viens d'apprendre que mon mari est revenu à la maison. Cela me rassure. Je suis contente. En même temps, je me sens beaucoup mieux; je ne suis plus déprimée. Alors, je voudrais bien sortir !" Et elle ajoute, avec un sourire qui se veut rassurant : "Oh! vous savez, je suis raisonnable comme une grande fille, maintenant!..."

Effectivement, Mme D... paraît heureuse. Ses yeux luisants et ravis attestent que l'accès dépressif est à présent terminé. Puisque rien ne s'oppose à ce que nous acquiescions à sa demande, nous autorisons sa sortie.

- Cette fois encore, la cohésion du couple va se trouver rétablie.

Mme D..., malgré les événements qui ont motivé sa dépression, est heureuse d'avoir retrouvé l'homme fort et autoritaire qui, tout en la délivrant du soin de régler seule les problèmes du foyer et les questions concernant l'avenir, ce qui aura pour effet de la sécuriser, va lui imposer la dépendance et l'obéissance qui satisferont son besoin inconscient de soumission et d'autopunition.

Quant à son "ami", il va retrouver en elle la compagne qu'il pourra à nouveau commander et assujettir à son gré, ce qui alimentera le plaisir qu'il éprouve à dominer agressivement autrui.

Ainsi, tout se sera passé comme si, au moment même où une menace se faisait jour au sein du couple, chacun des partenaires, ayant également besoin de l'autre, s'était senti poussé à le rechercher pour que la dissolution du couple n'ait pas lieu.

. Ainsi que le signale Horst E. RICHTER, "comment ne pas penser au mythe platonicien des deux moitiés séparées à l'origine et qui se cherchent, quand on voit jusqu'où peut aller ce besoin inconscient de dépendance ..."

OBSERVATION n° 8 :

Un Dimanche, Mme O... vient se réfugier à l'hôpital.

C'est une femme d'une quarantaine d'années, habillée de façon élégante avec un brin d'excentricité.

Elle est maquillée avec excès; ses cheveux sont teints en blond et coiffés avec application.

Le parfum dont elle a saturé ses vêtements flotte dans la pièce.

Tout est mouvement en elle : elle est sub-agitée.

Quand on lui demande pourquoi elle est venue ici, elle se laisse tomber dans un fauteuil, soupire fortement, paraît troublée et découragée, puis déclare d'une voix pathétique : "Docteur, je n'en peux plus, je suis à bout, voilà trop longtemps que ça dure!..." "Je suis au bord de la catastrophe : depuis plusieurs jours, je ne pense qu'à me suicider; c'est pour ne pas faire cette bêtise que j'ai préféré venir ici. Faites-moi dormir : je veux oublier, ne plus penser à rien... Tout cela est encore de la faute à mon mari..."

. En réalité, ce "mari" est son "ancien mari" avec qui, après avoir divorcé il y a deux ans, elle a repris la vie commune. Leurs relations conjugales ne se sont guère améliorées pour autant et, comme la malade nous l'indique, le conflit qui continue de l'opposer à son ancien mari, l'a entraînée cette fois aux frontières de l'accès dépressif. Bien qu'elle se soit présentée à nous sur un mode hystérique, il est patent que la tristesse, l'angoisse, l'asthénie, l'insomnie et les idées noires sont présentes en elle à des degrés divers.

. Ces signes, cependant, ne dureront pas longtemps.

Très vite sécurisée par son hospitalisation, Mme O... va devenir, souriante et bavarde. Elle attend de nous une disponibilité sans cesse accrue et elle nous réclame fréquemment un nouvel entretien.

Manifestement, c'est avec une vive satisfaction qu'elle nous expose ses problèmes conjugaux, quand bien même elle ouvre chaque nouvelle entrevue par cette même profession de foi pessimiste : "Mes problèmes sont insolubles, je m'en sortirai jamais !"

- Sur le plan conjugal, l'entente des époux O... a toujours laissé à désirer. D'après les déclarations de notre patiente, M. O... était un mari peu fidèle.

Incapable de s'astreindre aux habitudes régulières de la vie conjugale, il se livrait à de véritables fugues pour satisfaire hors du foyer ses ébats amoureux.

Il s'en expliquait à sa femme en s'efforçant de rationaliser ainsi sa conduite : "ça ne veut rien dire, tu sais, de faire l'amour physique toujours avec la même femme. L'amour c'est autre chose! Toi, tu es ma femme pour toujours, c'est sûr; mais un homme ne peut pas se passer d'avoir quelques petites aventures. Une épouse et l'amour physique ça fait deux; ça n'est pas pour ça que je ne t'aime pas ou que je t'aime moins!"

. Lorsque Mme O... se rebellait contre les infidélités de son mari, celui-ci se mettait en colère et l'accablait de paroles blessantes et de sarcasmes : "Oh! arrête... Laisse-moi te dire qu'au lit, tu n'as pas le prix d'excellence. Si tu ne peux pas comprendre ce que je te demande, c'est que tu es vieux jeu. Dis donc, tu ne vas te mettre à jouer les mémés à présent, non ?..."

Parfois, il s'énervait davantage, l'insultait, devenait violent, en arrivait aux coups et s'en allait.

. Finalement, Mme O... s'accommodait, tant bien que mal, de l'inconstance de son mari.

"Vous savez, à ce moment-là, je l'aimais encore", nous dit-elle. "A côté de ça il était gentil avec moi. Chaque fois qu'il revenait à la maison, il me faisait un cadeau. J'avais de la peine pour lui."

. Ainsi, Mme O... délaissée, humiliée, insultée, battue même par son volage de mari, se résignait néanmoins à cette situation parce que, comme elle nous le dit, elle l'aimait encore... D'un si puissant besoin d'amour, dans d'aussi piètres conditions, émane un fort parfum de masochisme.

- Parallèlement à ce besoin de dépendance qui liait Mme O... à sa situation conjugale très médiocre, on pouvait observer chez M. O... un besoin infantile d'être pris en charge par son épouse dans de nombreuses conditions de l'existence.

. Très souvent, en effet, au moment de résoudre un problème ou de faire face à un événement imprévu, il s'en remettait à sa femme du soin de prendre la décision: "Que ferais-tu à ma place ?" - "Selon toi, que dois-je faire ?" - "Dis moi ce qu'il faut décider".

Elle, trop heureuse de se sentir investie de confiance et d'autorité, s'empressait de satisfaire à la question posée, profitant quelquefois de l'occasion offerte pour faire remarquer au mari l'importance du service qu'elle lui rendait ainsi : "Tu vois comme tu as besoin de moi !" lui disait-elle en souriant.

Lui, acquiesçait à la remarque et même sur-enchérissait : "L'un sans l'autre, on ne pourrait pas vivre !".

Alors elle était enchantée et elle pensait naïvement que, grâce à cet ascendant sur lui qu'elle continuerait de prendre, elle ne tarderait pas "à le remettre dans le droit chemin".

Mais ici Mme O... se trompait car, lorsque son mari lui demandait de le guider, de le soutenir, de réfléchir et de décider à sa place, bref, de se substituer à lui dans les nombreuses circonstances où il redoutait de prendre lui-même ses responsabilités, il lui faisait jouer non un rôle d'épouse, mais un rôle de substitut maternel, conformément à une situation infantile dont il ne s'était jamais tout-à-fait détaché.

. Le respect et la soumission que M. O... manifestait alors à son épouse ne devaient rien à l'amour ni même à la reconnaissance : ils étaient simplement l'expression d'une certaine immaturité affective. Le manque de maturité était, sans aucun doute, un dénominateur commun à nos deux conjoints.

- Il y a un peu plus de deux ans, à la faveur d'une aventure extra-conjugale privilégiée, M. O... quittait plusieurs mois le domicile conjugal.

Profondément marquée par l'abandon qui la frappait, le coeur déchiré par les ressentiments, Mme O... décidait de mettre un terme officiel à ses huit années de vie commune.

Elle demandait et obtenait le divorce, prononcé aux torts exclusifs du mari.

. Mais obtenir le divorce est une chose et s'en satisfaire est une autre. Faute d'avoir trouvé un remplaçant à celui dont elle avait été si longtemps dépendante, notre patiente se sentait plus malheureuse encore.

Conformément au schéma rapporté par Henri EY selon lequel "la frustration engendre l'agressivité, laquelle engendre la culpabilité; finalement l'agressivité se retourne contre le sujet lui-même", l'état de santé de Mme O... se détériorait : "Ça m'a valu une bonne dépression nerveuse", nous dit-elle.

. C'est le moment d'observer avec les psychanalystes que si toutes les défenses utilisées pour réduire l'angoisse peuvent aussi être utilisées pour réduire le sentiment de culpabilité, une seule défense sert spécifiquement à réduire le sentiment de culpabilité : c'est la réparation, c'est-à-dire la compensation du dommage qu'on imagine avoir déjà causé.

Ce dernier mécanisme, bien décrit par Mélanie KLEIN, allait être remarquablement illustré par le comportement de Mme O..., dès le lendemain de son divorce.

Ainsi, pour mieux redonner vie à ce qui venait d'être détruit, Mme O... continuait à porter le nom de son ex-mari. De même, elle conservait au doigt l'anneau d'alliance qui symbolisait son union avec lui.

Mais, comme dit un poète humoriste : "Tout bonheur que la main n'atteint pas n'est qu'un rêve".

Pour rendre plus tangible la présence auprès d'elle de son "objet d'amour", Mme O... multipliait les occasions de rencontre : "J'avais besoin de le voir pour des histoires de papier", explique-t-elle. Cependant, à la faveur de ces "histoires de papier", d'autres rapports s'établissaient qui n'avaient rien de paperassier et, très vite, les relations sexuelles redevinrent familières. "Je me sentais revivre", nous rapporte Mme O...

Effectivement, les rendez-vous galants se firent plus nombreux et chaque retrouvaille prenait un air de fête.

- Pendant cette nouvelle lune de miel, notre patiente semblait fuir et souhaiter à la fois son ancienne condition de femme dominée et soumise.

. Non seulement Mme O... était heureuse de prévoir, de choisir et d'organiser les rencontres, mais elle éprouvait un plaisir profond à essayer de dominer son ex-mari, à tenter de régner sur lui et de l'asservir à ses charmes. "Là, c'est moi qui le dominais. Je n'étais plus sa femme, j'étais sa maîtresse", nous dit-elle.

Même, une sorte d'agressivité se dirigeait parfois contre l'amant : "Des fois, rien que pour lui faire mal, je lui disais : hein que c'est bon avec moi ? Avoue qu'avec ta femme, ce n'est pas aussi bien ! - Il ne savait que me répondre."

. Cependant, les silences de l'ex-mari, en remplaçant notre patiente face aux réalités, en la renvoyant à son miroir, en la vouant en quelque sorte à l'abaissement et à l'humiliation, auraient pu provoquer ses réactions indignées.

Au contraire, elle y consentait avec humilité. Son avidité affective, longtemps inassouvie, la portait à vouloir renouer, coûte que coûte, avec l'homme dominateur auquel elle voulait se soumettre à nouveau.

Cela satisfaisait son besoin d'autopunition: "Vous savez, moi, j'ai besoin de quelqu'un qui me domine, j'ai besoin de subir" nous explique-t-elle ingénument.

. De fait, notre patiente était comme un jouet que son ex-mari pouvait manipuler à sa guise. Elle n'était que le metteur en scène d'une comédie à deux dont l'auteur était l'ex-mari. Son oscillation entre un comportement agressif, d'une part, et la recherche de l'échec, la soumission, voire un certain avilissement, d'autre part, n'était que l'expression de cette ambivalence si souvent constatée dans le caractère masochique.

oOo

- Lorsque Mme O... est entrée à l'hôpital, il y avait vingt jours que son ex-mari n'était plus revenu la voir. Privée de la visite qu'elle attendait, notre patiente avait été déçue.

Sa frustration avait engendré de l'agressivité, laquelle avait engendré de la culpabilité.

Finalement, l'agressivité s'était retournée contre notre patiente et avait provoqué un état dépressif semblable à celui qu'elle avait eu peu après son divorce, il y maintenant deux ans.

A l'hôpital, le syndrome dépressif a été supprimé, mais le caractère masochique n'a pas disparu pour autant.

Il n'est pas impossible que dans les jours qui viennent, Mme O... et son ex-mari ne cherchent à se revoir et à s'accorder de nouveau, en fonction des disponibilités de l'ex-mari, pour la perpétuation des rapports sado-masochiques auxquels tous deux se sont montrés si solidement attachés.

. Si l'ex-mari, du fait de son re-mariage ou pour toute autre raison, n'est plus disposé à tenir son rôle de compensateur, il est probable que Mme O... cherchera à le remplacer par un partenaire comme lui : violent et dominateur, de façon à maintenir une situation conjugale où les rôles resteront à peu près symétriques.

. Faute de l'une ou de l'autre de ces deux solutions, il restera à craindre chez notre patiente une décompensation plus ou moins prochaine. Il est donc nécessaire de rester vigilant.

OBSERVATION n° 9 :

- Monsieur H... est hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide médicamenteux.

Son médecin traitant attire notre attention sur deux faits :

1. - le patient est un alcoolique invétéré
2. - la tentative a eu lieu au cours d'une crise éthylique paroxystique.

. L'homme a une quarantaine d'années. Il est grand et corpulent. Il a le teint rose et sa figure un peu poupine est éclairée par deux yeux marron, à la fois perçants et craintifs. Sa mimique est peu expressive; ses gestes sont rares.

. A côté de lui et un peu en avant se tient Mme H... C'est une petite femme mince d'apparence frêle, mais énergique. Deux yeux clairs et très vifs illuminent sa figure maigre et fine, au menton proéminent. Elle est un peu plus âgée que son mari. Elle a voulu "l'accompagner devant les médecins" pour que le premier entretien ait lieu en sa présence.

. M. H... est volontairement silencieux. Il fuit le contact. Il a choisi une attitude d'hyper-défense.

Au sujet de la tentative qui l'a conduit ici, il se refuse à toute explication. Il nie avoir eu un quelconque conflit affectif : "Je n'ai aucun problème" déclare-t-il. Dès qu'on aborde la question de son goût immodéré pour l'alcool, il redevient muet.

. Mme H..., en revanche, prend la parole sans attendre d'être interrogée. En s'agitant avec fébrilité, elle nous brosse un portrait peu aimable de son malheureux mari et expose avec insistance les principaux griefs qu'elle a retenus contre lui.

Quand nous essayons d'interrompre son discours, elle nous coupe la parole afin de nous expliquer les efforts qu'elle a vainement fournis pour obtenir la guérison. Retenons seulement qu'elle a tenté d'imposer à son mari une cure de désintoxication, le menaçant de divorcer au cas où il refuserait de s'y soumettre. "Hélas!", conclut-elle, : "c'est à ce moment-là qu'il a fait sa bêtise !"

- Pendant les premiers jours de son hospitalisation, M. H... ne recherche pas le contact : il continue à s'isoler.

Bientôt, sous l'influence du traitement antidépressif, il reprend confiance et accepte de coopérer avec nous.

Il reconnaît alors son intempérance, mais il refuse d'admettre sa dépendance à l'égard de l'alcool.

Il affirme que son trouble est uniquement lié à sa "vie difficile" et à ses conflits conjugaux.

Pour nous faire admettre son point de vue et d'abord nous convaincre qu'il est mari malheureux, il va entreprendre le long récit de ses difficultés.

- Dès le début du mariage il y a dix ans, Mme H..., devant l'insouciance de son mari et la répugnance qu'il éprouve à s'imposer à elle, s'empare résolument des fonctions de chef de famille.

Très vite, elle assure au foyer l'intégralité des décisions, s'occupant de tout, répondant de tout.

Le mari, ainsi dégagé des préoccupations du ménage, se trouve placé, en fait, sous la dépendance de sa femme.

Mais "tout pouvoir", comme dit ALAIN, "est absolu".

Notre patient va le constater à ses dépens.

Mme H... ne tarde pas à vouloir régenter une part de plus en plus grande de la vie de son mari. Elle lui enjoint d'abord de regagner la maison aussitôt son travail terminé, précisant que c'est dans son intérêt, pour l'empêcher de renouer avec son ancienne habitude de boire. "C'est pour ta santé : tu dois me comprendre et m'obéir!" Lui, n'obtempère pas de façon absolue; mais "pour faire plaisir à sa femme", il réduit néanmoins les pauses qu'il fait au café avant de rentrer chez lui.

Elle lui demande aussi de rompre avec ses anciens amis : "Maintenant que tu es marié, tu n'as plus besoin de copains!".

. Parce qu'elle est très active dans l'entretien du ménage, elle voudrait que son mari travaille à la maison au même rythme qu'elle. Elle lui confie le soin d'essuyer la vaisselle, de nettoyer les vitres, de cirer les chaussures, d'accomplir les divers bricolages

motivés par les circonstances. Il s'en acquitte médiocrement et généralement sans entrain : aussi lui reproche-t-elle sa mollesse et sa négligence.

S'il s'attarde à regarder une émission de télévision, alors qu'il reste à réparer un fer à repasser qui chauffe mal, un tabouret qui a perdu une vis, la sonnette électrique qui ne sonne plus ou tels carreaux qui se sont décollés, elle le rappelle à l'ordre et ajoute sur un ton sans aménité : "Ce n'est pas le moment de te tourner les pouces; il n'y a pas de place ici pour les fainéants!"

Dans l'intervalle des moments qu'il consacre au travail, il est accablé de recommandations : "range tes affaires; ne fume pas tant; vide ton cendrier; va prendre une douche..."

Bonasse et "fuyant les histoires comme la peste", il écoute sans protester puis se décide à obéir.

. Dans la maison de confection où Mme H... travaille à la tâche, il lui arrive fréquemment de dépasser le salaire de son mari, simple ouvrier d'usine. Elle en fait état avec ostentation, et cette façon de mettre en relief l'infériorité professionnelle du mari est ressentie par lui comme une mutilation de sa personnalité.

Cependant, Mme H... ne désire pas que ces conditions soient changées. Elle s'oppose à ce que son mari quitte le présent emploi pour exercer un métier mieux rémunéré parce que, lui dit-elle, il travaillerait trop loin de la maison et aurait trop l'occasion de boire. Sans doute craint-elle aussi qu'il y trouve l'occasion de se sentir moins dépendant...

. Aussi méticuleuse dans la gestion du budget que dans l'entretien du ménage, Mme H... se réserve l'intégralité des opérations de comptabilité. Elle dispense l'argent de poche de son mari avec la même parcimonie que l'argent de poche qu'une mère donnerait à ses enfants.

A table, elle contrôle l'alimentation de son mari en qualité et en quantité, n'admettant pas qu'il prenne un supplément lorsqu'il en a envie ou qu'il refuse un plat qu'elle lui a proposé. "Les caprices, ça se corrige", lui dit-elle.

Souvent, lui se rebelle extérieurement contre ces paroles, ces attitudes et ces actions qui l'humilient, mais il se dit aussi que si sa femme agit ainsi, c'est sans doute par souci de bien faire et dans l'intérêt du ménage : il accepte donc dans le fond de se voir mal-traité de la sorte.

. On sait que les attitudes vexatoires ont un effet accru et sont plus difficiles à supporter quand elles sont exprimées en présence d'autrui.

Aussi notre patient n'est-il pas enchanté quand le ménage reçoit des invités. C'est en effet une occasion inévitable pour Mme H... de servir à son époux un jus de fruit en fournissant de nombreuses explications aux invités.

De même, elle ne met pas une bouteille de vin sur la table sans jeter des regards d'excuse pour son "pauvre mari qui en sera privé!".

Elle s'arrange aussi pour formuler devant tous plusieurs plaintes ou critiques concernant son mari, qu'il s'agisse de mauvaises habitudes à table, de négligences dans la tenue, de vulgarités dans le langage ou d'inaptitude à entrer dans le point de vue des autres. Habitué aux réprimandes, le mari accepte ces critiques avec beaucoup de résignation, donnant même l'impression qu'il se sent soulagé et comme mieux pardonné, réaccepté après avoir subi des reproches.

- L'entretien du ménage, la question du budget et le rendement professionnel ne sont pas les seuls domaines où notre patient se sent déprécié et est déçu.

. Cela ne va pas mieux quant à la considération dont sont entourées respectivement sa famille et celle de son épouse.

Tandis que la famille de Mme H... est comme une famille idéale constamment citée en exemple, qu'il est normal de recevoir souvent et à qui il convient de rendre des visites et de témoigner de l'affection et de la reconnaissance, en revanche, la famille de M. H... est rendue responsable par la famille de Mme et par Mme elle-même de toutes les difficultés et de toutes les faiblesses qui ont empêché M. H... de mieux réussir. A elle sont réservées les piques et les méchancetés. On s'en méfie et on en reste éloigné, quoi que puisse en penser M. H...

. Sur le plan sexuel enfin, cela ne marche pas très fort non plus.

Ni M. H..., ni son épouse ne connaissent plus beaucoup le désir. Le plaisir sexuel a été peu à peu ravalé au besoin et, pour chacun de nos conjoints, l'autre se trouve plus ou moins réduit à l'organe adéquat à la satisfaction de ce besoin. Cela ne veut pas dire, nous précise M. H..., qu'il soit devenu réfractaire ou inaccessible à la jouissance : à différentes reprises, il a pu au contraire constater qu'il prenait beaucoup de plaisir avec pour partenaire une compagne de travail. Mais avec sa femme, c'est différent : le plaisir qu'il y trouve est très rare et n'a lieu que dans l'obscurité.

Par ailleurs, Mme H... ne prend pas de pilule anti-conceptionnelle et ne veut pas entendre parler de diaphragme ni de stérilet; elle exige en revanche que son mari interrompe l'acte copulateur avant l'éjaculation et elle ne cesse de lui ressasser, dès le début de l'acte, d'avoir à bien observer cette consigne.

Il faut dire ici que Mme H... a eu, il y a cinq ans, une première grossesse prolongée au-delà du terme jusqu'à l'accouchement d'un foetus macéré.

Cette grossesse suivait deux fausses couches.

Depuis, Mme H... ne veut plus essayer d'être mère. M. H... nous assure qu'il comprend et respecte le refus craintif de sa femme, il regrette cependant qu'elle lui en fasse porter l'entière responsabilité, ce qui, affirme-t-il, n'est pas fondé.

D'une façon générale, M. H... reproche à sa femme d'être hostile à tout ce qui concerne les relations sexuelles. Pas question de parler de ce sujet "tabou", ni même de raconter devant elle la moindre histoire grivoise.

. Cependant, M. H... pense que sa femme "croit bien faire" en se conduisant de la sorte : "elle agit comme le lui ont appris ses parents.". Il regrette certes que cela se retourne très souvent contre lui. Mais comme il n'a "jamais eu de chance" et que sa femme, "après tout s'occupe bien de la maison", il se résigne en espérant des jours meilleurs.

oOo

- Ainsi, M. H... accepte profondément d'être tourmenté et humilié par sa femme, comme si le fait "allait de soi". Dévalorisé par le tempérament dominateur et le comportement frustratoire de son épouse, il éprouve la sensation permanente de n'être bon à rien : il a peur de s'affirmer, peur d'être agressif, peur de prendre des responsabilités; il entre en panique dès qu'il est vu ou entendu par autrui. Il vit "comme si" il attendait sans cesse la catastrophe, l'échec, la punition, le châtiment et comme s'il n'avait droit à rien.

Tous ces traits sont caractéristiques du masochisme moral.

Le recours à l'éthylisme pour compenser un sentiment d'infériorité est chose fréquente : notre patient n'y manque pas.

Enfin, mis en demeure d'abandonner l'alcool et de se faire désintoxiquer ou bien de divorcer, il est à nouveau désemparé et incapable de choisir : d'où sa tentative de suicide.

. Une donnée de l'enfance de notre patient éclaire son comportement actuel.

Notre homme n'a jamais connu son père : celui-ci est mort à la fin de la première guerre mondiale, juste avant la naissance de l'enfant.

Pendant les quatre années suivantes, sa mère non remariée l'a comblé de tendresse et d'amour.

Puis elle s'est remariée, a eu un deuxième enfant dans l'année du mariage et, par la suite, quatre nouveaux enfants.

Dès lors, placé entre une mère qui s'occupait beaucoup moins de lui et un parâtre, non seulement sévère, mais qui lui préférait les autres enfants de la maison, notre futur patient s'est senti frustré, abandonné.

On peut voir dans le sentiment d'insécurité qu'il éprouvait alors l'origine du choix qu'il allait faire plus tard, selon un mode d'affinités inconscientes, d'une épouse qui le tienne sous sa dépendance.

Mais en agissant ainsi, en attendant de sa femme la compensation de son sentiment de dépendance et d'insécurité, il lui faisait jouer bien moins un rôle d'épouse qu'un rôle de substitut maternel.

Ce rôle dévolu à l'épouse n'est peut-être pas étranger à la froideur des relations sexuelles entre notre patient et sa femme, ni au fait qu'avec elle il n'éprouve de plaisir sexuel que dans l'obscurité.

Le choix d'une épouse dominatrice entraînant la sensation pénible d'être diminué, de ne rien pouvoir, de n'avoir droit à rien, on comprend aussi que notre homme s'adonne à la boisson pour se rebeller contre ce sentiment déprimant.

Enfin, l'adultère passager avec pour partenaire une compagne de travail qui n'est en rien dominatrice s'inscrit dans le même souci de revalorisation.

. Il n'en reste pas moins que le maintien de notre homme dans une forte dépendance infantile vis-à-vis de son épouse est un gage certain d'immaturité affective.

- Mme H..., quant à elle, est une compagne désagréable, autoritaire, revendicatrice et hyper-critique dans ses relations avec son mari.

Elle excelle à mettre en relief les faiblesses et les erreurs de celui-ci et, d'une façon générale, tout ce qui peut le diminuer.

Elle le déprécie sans réserve comme si elle avait affaire à quelqu'un d'insensible et qui n'aurait pas l'âge de raison.

Elle se détourne de lui avec dédain et, à n'en pas douter, elle le méprise un peu.

Son agressivité envers lui s'exerce avec raffinement, impeccablement camouflée derrière les meilleures intentions.

On n'observe cependant aucune manifestation de générosité ou d'amour : tout ce que le mari peut désirer est prétexte à dépréciation et à interdiction.

. Bref, Mme H... est un excellent exemple d'épouse dominatrice et castratrice.

- Dans notre couple manifestement névrotique, il n'est pas facile d'attribuer à l'un ou à l'autre des conjoints la responsabilité prédominante dans l'échec de la relation conjugale.

. Certes, M. H... est l'élément inducteur qui, par sa passivité et sa recherche de la dépendance, incite sa femme, dès le début du mariage, à incarner un rôle maternel.

Il n'en reste pas moins que Mme H..., en cette période initiale, par sa volonté de tout régler par elle-même et de décharger son époux de toute prérogative dans la direction du ménage, favorise l'immaturité affective de son époux.

. Cependant, il importe moins de juger la relation conjugale en termes de responsabilité qu'en termes de signification et de prospective.

Nous concluerons donc que la relation névrotique du couple observé met en jeu, cette fois encore, un noeud de tendances complémentaires très caractéristiques du couple sado-masochique, où chacun, comme on le sait, a besoin de l'autre au même degré.

OBSERVATION n° 10 :

- Monsieur V..., 29 ans, visiteur médical, nous est adressé pour "syndrome dépressif lié à des difficultés conjugales et professionnelles".

. Grassouillet, un peu mou, inerte dans son fauteuil, notre malade présente un visage empreint d'une grande tristesse. D'une voix chuchotée et plaintive, il nous décrit avec minutie ses différents symptômes : il manque d'élan, il n'a plus d'appétit, il ne dort pas ; il est envahi par la tristesse, plus rien ne l'intéresse.

. Il ne s'anime un peu que pour mettre en cause ses "déboires professionnels" et "l'incompréhension et la méchanceté de sa femme", facteurs qui l'ont "conduit à la dépression nerveuse" - "Ce n'est pas ma faute" répète-t-il.

oOo

- C'est il y a huit ans, sur les bancs de la Faculté de Pharmacie, que notre patient a connu celle qui allait devenir sa femme.

Tous deux étaient en première année d'études.

Leurs "timidités réciproques" et leurs "solitudes" les avaient rapprochés.

Depuis, ils travaillaient ensemble et ne se quittaient plus.

A la fin de l'année "Jocelyne était reçue" mais, "hélas", pas M. V...

Cependant, l'année suivante, ils continuaient d'être "les meilleurs amis du monde". Jocelyne le "surveillait" dans son travail : "c'était un merveilleux professeur!".

. Bientôt, les sentiments amicaux de Jocelyne évoluaient. Après de longues séances de travail qui se prolongeaient tard dans la nuit, elle invitait son ami à rester auprès d'elle : "Tu sais, tu peux rester ici et dormir avec moi", proposait-elle.

Mais pour l'ami, "accepter eût été une trahison"; il refusait de "ternir leur belle amitié"; il "n'était pas un salaud", lui.

Malgré les sourires et les sarcasmes de Jocelyne : "ce que tu peux être vieux jeu et con, mon pauvre", il résistait à toute tentation, quoi qu'il lui en coûtât.

. Sur le plan universitaire, il allait "vraiment manquer de chance".

Le matin même de l'examen, "un stupide accident de mobylette" l'empêchait de se présenter aux épreuves.

A la session de Septembre, il n'entendait pas son réveil et ne pouvait concourir. "Le sort décidément s'acharnait contre lui" : M. V... devait renoncer à devenir pharmacien comme sa mère.

. Au retour du service militaire, il résolut d'entreprendre des études de kinésithérapie.

Surtout, il avait retrouvé Jocelyne.

Ils se fiancèrent bientôt et furent, pendant trois ans, "de merveilleux amants".

Pourtant, ainsi que notre nous le précise, leurs relations ne les conduisaient pas au-delà du flirt: il s'interdisait "de succomber avant l'heure aux désirs de la chair" et, heureusement, il "en avait convaincu" sa fiancée.

. Quand il se marièrent l'an dernier, Jocelyne était devenue pharmacienne.

M. V..., quant à lui, renonçait à achever ses études de kinésithérapie qui, pourtant, touchaient à leur fin : "je m'étais finalement rendu compte que je n'étais pas fait pour ce métier. Que voulez-vous ? Je ne suis pas du genre à malaxer des muscles toute ma vie!"

Il s'engageait alors dans une voie nouvelle : celle de visiteur médical.

- FREUD a montré que les actes manqués étaient des formations de compromis entre l'intention consciente du sujet et le refoulé.

Dans le cas de notre patient, il semble bien que ses actes manqués et que le rigorisme un peu fossile de ses principes de morale sexuelle trahissent une recherche inconsciente de l'échec.

D'ailleurs, notre patient est comme "soulagé" quand il a "raté" quelque chose.

Cette recherche répétée de l'échec ne satisfait-elle pas l'aspiration de M. V... vers un accomplissement que sa conscience refuse ?

La suite des mésaventures de M. V... pourrait nous éclairer sur ce point.

oOo

- Des difficultés professionnelles répétées, associées à des difficultés d'ordre affectif, s'abattent sur M. V... dès le début de la vie conjugale.

. Timide, très effacé, peu enclin à nouer des relations interpersonnelles, dépourvu d'ambition, M.V... a du mal à réussir dans son nouveau métier.

En dix mois, il connaît bien des mésaventures et des désillusions et, à trois reprises, il lui faut changer d'employeur.

Devant ces échecs répétés, Mme V... devient moqueuse : "Alors, chéri, à quand un nouveau patron?", ou encore "A ce rythme, tu auras vite fait le tour de tous les labcratoires!".

Les sarcasmes moqueurs de sa femme sont pour notre patient comme "un coup de poignard dans le coeur" : "Ma femme n'est pas compréhensive; on dirait qu'elle prend plaisir à me voir en difficulté. Tout cela me fait beaucoup de mal !"

. Cependant, M. V... est incapable de faire face tout seul au moindre déboire professionnel : facilement accablé, toujours prêt à renoncer, il va chercher réconfort auprès de son épouse.

Or, celle-ci n'est plus l'amie ou la fiancée attentive, bonne conseillère, qui prodiguait ses encouragements et ses soins.

Elle devient au contraire impétueuse, violente, agressive : "Remue-toi un peu : je ne vais pas passer ma vie à te tenir par la main. Toi, si on ne te bouscule pas, tu n'es capable de rien!"

Lorsque M. V... déplore à mots couverts la méchanceté de sa femme, celle-ci s'acharne : "Tu ne comprends donc pas que tu es un raté et que tu le resteras toujours ?..."

Tant d'humiliations bouleversent notre patient qui part se cacher pour pleurer.

. Désormais, les rapports de nos époux continuent à s'envenimer.

Mme V... s'empare du moindre prétexte pour critiquer son mari, monter en épingle ses faiblesses et ses erreurs, le dévaloriser, le tourner en ridicule ou l'humilier.

Pire encore : elle se plaît à le brimer en présence d'autrui et, comme leur vie mondaine est assez importante, elle a de nombreuses occasions d'exercer sur lui cette cruauté.

Ainsi, dans une soirée où notre patient paraît très écouté et se trouve galamment entouré, elle s'exclame "Quel succès, mon mari ! Est-ce dans ton métier que tu as ainsi appris à briller ?"

Une autre fois, elle interrompt le dialogue entre son mari et un invité et, feignant de s'excuser, elle déclare à l'hôte : "J'espère qu'il ne vous ennuie pas avec ses histoires de médicaments !".

Au cours d'une réception et alors que M. V... bavarde avec un médecin, elle glisse à l'oreille de son mari, mais suffisamment fort pour que tout le monde entende : "Alors, chéri, tu fais des heures supplémentaires ?"

Lorsque de retour à la maison, M. V... reproche à son épouse sa mauvaise tenue, Mme V... se rebiffe et accuse : "Oh! quelle susceptibilité ! Tu prends tout au tragique. Ce que tu es complexé, mon pauvre !" Une fois de plus, notre patient choisit de se taire.

- Avec ses invités, Mme. V... s'ingénie à orienter la conversation sur la sexualité.

Cela lui permet de faire rougir son mari jusqu'aux oreilles quand elle raconte : "Mon mari aurait dû vivre il y a cent ans. Figurez-vous qu'il a toujours refusé que nous ayons des relations sexuelles avant notre mariage !". Malgré la gêne et la désapprobation de son mari, elle n'hésite pas à donner des détails de leur intimité conjugale. Un jour, elle déclare publiquement : "Mon mari n'est pas un amant très fougueux ni très assidu."

De retour à la maison, notre patient se fâche et lui reproche son attitude. Alors, elle s'emporte, devient cruelle et impitoyable. Elle lui révèle qu'elle a eu des relations sexuelles avant leur mariage et elle en rejette "la faute" sur lui : "Non, mais... tu croyais

Tant d'humiliations bouleversent notre patient qui part se cacher pour pleurer.

. Désormais, les rapports de nos époux continuent à s'envenimer.

Mme V... s'empare du moindre prétexte pour critiquer son mari, monter en épingle ses faiblesses et ses erreurs, le dévaloriser, le tourner en ridicule ou l'humilier.

Pire encore : elle se plaît à le brimer en présence d'autrui et, comme leur vie mondaine est assez importante, elle a de nombreuses occasions d'exercer sur lui cette cruauté.

Ainsi, dans une soirée où notre patient paraît très écouté et se trouve galement entouré, elle s'exclame "Quel succès, mon mari ! Est-ce dans ton métier que tu as ainsi appris à briller ?"

Une autre fois, elle interrompt le dialogue entre son mari et un invité et, feignant de s'excuser, elle déclare à l'hôte : "J'espère qu'il ne vous ennuie pas avec ses histoires de médicaments !".

Au cours d'une réception et alors que M. V... bavarde avec un médecin, elle glisse à l'oreille de son mari, mais suffisamment fort pour que tout le monde entende : "Alors, chéri, tu fais des heures supplémentaires ?"

Lorsque de retour à la maison, M. V... reproche à son épouse sa mauvaise tenue, Mme V... se rebiffe et accuse : "Oh! quelle susceptibilité ! Tu prends tout au tragique. Ce que tu es complexé, mon pauvre !" Une fois de plus, notre patient choisit de se taire.

- Avec ses invités, Mme. V... s'ingénie à orienter la conversation sur la sexualité.

Cela lui permet de faire rougir son mari jusqu'aux oreilles quand elle raconte : "Mon mari aurait dû vivre il y a cent ans. Figurez-vous qu'il a toujours refusé que nous ayons des relations sexuelles avant notre mariage !". Malgré la gêne et la désapprobation de son mari, elle n'hésite pas à donner des détails de leur intimité conjugale. Un jour, elle déclare publiquement : "Mon mari n'est pas un amant très fougueux ni très assidu."

De retour à la maison, notre patient se fâche et lui reproche son attitude. Alors, elle s'emporte, devient cruelle et impitoyable. Elle lui révèle qu'elle a eu des relations sexuelles avant leur mariage et elle en rejette "la faute" sur lui : "Non, mais... tu croyais

peut-être que j'allais passer des années toute seule à attendre que tu te décides ? Tu ne t'es même pas rendu compte que je n'étais pas vierge : ça alors, c'est trop drôle !..."

Pour toute réponse, notre patient se met à pelurer.

. Bientôt, un nouveau drame va éclater chez nos époux.

M. V... est invité au restaurant par son supérieur hiérarchique et Mme V... doit l'accompagner.

Tout le long de la soirée, elle se montre désagréable. Elle, si prompt d'ordinaire à briller en société, prend un air renfrogné, se désintéresse de la conversation, paraît distraite, reste silencieuse et bâille ostensiblement.

Profitant d'une courte absence de son hôte, M. V... exprime son mécontentement à sa femme.

Un fou rire incoercible lui répond, qui le laisse pantois.

Après le repas, la soirée se poursuit dans une discothèque.

Mme V... est métamorphosée : elle se montre affable, souriante, enjouée.

Elle répond avec empressement à l'invitation à danser de leur hôte et, bientôt, M. V... se sent bafoué et enrage de la voir "si rapprochée de son cavalier."

De retour à la maison, il a une scène avec sa femme.

Comme d'habitude, elle se défend en l'agressant : "Avec toi, la vie est un calvaire : dois-je continuer à avoir une vie anormale ?..."

"Ce n'est pas ma faute" et "Je t'aime!..." sont les seuls mots que notre patient articule entre deux sanglots.

- Si Mme V... n'a pas encore usé de violences corporelles, elle n'en a pas moins vis-à-vis de son mari l'attitude de la femme dominatrice, cruelle, impitoyable, si voluptueusement décrite par Sacher MASOCH.

. AU contraire, M. V... est non seulement passif, malheureux, écrasé par la vie, mais encore tourmenté, violenté, humilié par sa femme à laquelle, pourtant, il demeure étroitement attaché. Ce qui l'a séduit en elle, n'est-ce pas précisément son esprit de décision, son caractère entier, sa vivacité agressive, propres à le sécuriser et à satisfaire son besoin de dépendance ?

Par ses provocations inconscientes, il est parvenu à en faire une partenaire complémentaire idéale : celle qui, en le molestant, en le maltraitant, en le violentant constamment, satisfait son tempérament masochiste et, par là, lui ouvre la voie du plaisir.

oOo

- Un matin, la mine défaite et l'air anxieux, notre patient vient nous dire : "Docteur, je voudrais que vous me guériissiez. Je veux ne rien avoir à me reprocher lorsque ma femme me trompera."

Comme nous marquons notre étonnement et invitons notre patient à nous donner quelques explications, il baisse la tête et poursuit à voix basse : "Il faut tout de même que je vous dise pourquoi je suis déprimé"; puis, après un long silence : "depuis un mois, c'est le bouquet : je suis devenu impuissant avec ma femme!"

Après cet aveu, M. V... paraît libéré et nous parle de son trouble avec franchise et sans détours.

Depuis un mois, il a encore des érections, mais ses éjaculations sont si rapides qu'il ne peut plus avoir le moindre rapport avec sa femme.

Déçue, celle-ci le repousse en le traitant d'impuissant. Elle en devient odieuse.

Elle a déjà mis quelques amis au courant de cette situation et notre malade surprend à son approche des clins d'oeil et des ricanements.

Cependant, en allant entre temps auprès d'une prostituée, notre malade a constaté avec satisfaction que sa virilité restait entière.

Hélas! Toutes les tentatives qu'il fait avec sa femme se soldent par un échec : de là l'état profondément dépressif qui l'a amené jusqu'à nous.

. L'impuissance élective de notre malade à l'égard de "la femme qu'il aime" nous semble curieusement intriquée avec les rapports sado-masochiques instaurés entre elle et lui.

L'explication de cette impuissance élective ne serait-elle pas fournie par le désir inconscient de notre patient de renouer avec une relation infantile toute puissante : la relation avec la mère ?

Comme l'écrit le Docteur G. TORDJMAN, "la nostalgie de l'amour inconditionnel de la mère demeure sans doute l'un des sentiments les plus profondément ancrés dans l'âme humaine".

Nous demandons donc au patient de nous parler de son enfance.

Il nous apprend qu'il a grandi entre un père artisan, de caractère effacé, entièrement soumis à son épouse, et une mère pharmacienne (comme Jocelyne!), autoritariste et dominatrice.

Cette dernière a régné sur l'enfance de notre patient en le "couvant", en le "bourrant" d'attentions, en entravant systématiquement sa liberté et ses initiatives dans la crainte qu'il ne se fasse quelque mal ou qu'il n'agisse pas "comme il faut". Docile, notre patient s'est laissé manipuler avec passivité.

. Nous comprenons dès lors ce qui a pu être la source de la propension à l'échec et des problèmes sexuels de M. V... avant son mariage, ainsi que de son caractère masochique et de ses troubles sexuels présents.

Pour renouer avec sa mère et compenser un sentiment profond de dépendance et d'infériorité, notre patient a choisi inconsciemment une partenaire à l'image de sa mère.

Dès le début de son amitié avec Jocelyne, il s'est installé dans un processus de régression infantile, demandant à Jocelyne la protection, les soins, la prise en charge qu'il tenait autrefois de sa mère.

Mais cette situation névrotique ne pouvait être qu'un compromis visant à satisfaire le désir refoulé tout en se soumettant aux interdits du surmoi.

Les échecs universitaires ont été le moyen d'obtenir la sollicitude de l'amie-substitut de la mère; l'absence de relations sexuelles véritables satisfaisait l'instance interdictrice (prohibition de l'inceste) qui lie inséparablement le désir et la loi.

Une fois marié, c'est par le besoin d'autopunition, trait essentiel du masochisme moral, que notre patient a apaisé son sentiment de culpabilité inconscient.

Ainsi s'expliquent ses provocations inconscientes envers sa femme jusqu'à ce que celle-ci, par ses tracasseries, ses persécutions, ses vexations, ses humiliations sans merci, lui apporte le châtiment qu'il redoute et souhaite à la fois.

Mais bientôt, les mauvais traitements de son épouse ne suffisent plus à calmer les sentiments de culpabilité de M. V...

En érotisant son rôle de soumission, il a réactivé son complexe d'OEDIPE.

Dès lors, c'est l'impuissance, mais dans les seuls rapports avec l'épouse-substitut de la mère, qui barre l'accès à la satisfaction naturellement recherchée, permettant, cette fois encore, que la loi l'emporte sur le désir.

- En conclusion, la relation névrotique qui lie notre patient et son épouse nous semble trop prononcée pour qu'ils puissent continuer à vivre hors du même climat sado-masochique.

Cependant, une psychothérapie de type analytique pourrait grandement aider notre patient à retrouver un comportement sexuel normal et, partant, à atteindre un meilleur équilibre.

o O o

OBSERVATION n° 11 :

- Avant son mariage célébré il y a un an, Monsieur A... "menait une vie encore normale".

Professeur consciencieux, scrupuleux, perfectionniste, il consacrait la majeure partie de son temps à son métier.

Timide, réservé, entouré de peu d'amis, il "vivait solitaire, mais ne s'ennuyait pas".

A l'occasion d'une rentrée scolaire, il fit la connaissance d'une nouvelle collègue, célibataire, elle aussi.

D'emblée, il fut séduit par son charme, sa beauté, sa prestance.

C'était une femme vive, intelligente, gaie : tout en elle lui plaisait.

De part et d'autre, ce fut le coup de foudre et, six mois plus tard, le mariage fut célébré.

. Après une année de vie conjugale, M. A... se présente à nous "désespéré, anxieux, abattu".

Cet homme de 35 ans, grand, maigre, osseux, vêtu de manière stricte, cache sous d'épais sourcils un regard sombre, à la fois méfiant et craintif, qui donne à son visage une expression inquiète.

Il nous exhorte à le débarrasser des "petites manies qui le torturent et empoisonnent son existence", puis il décrit pour nous les symptômes obsessionnels qui l'accablent. "Ma femme menace de me quitter si je ne guéris pas ; elle dit que je suis fou", ajoute-t-il.

Hanté par la crainte de perdre l'amour de son épouse, il désire donc que nous le préservions "de ce malheur".

. Le séjour de M. A... dans nos services va nous permettre de mieux comprendre l'important et malheureux changement qui s'est, en moins d'un an, opéré dans sa vie.

- La sexualité est l'expression privilégiée du couple et le comportement sexuel est extrêmement révélateur du climat conjugal.

Nous parlerons dès maintenant du comportement sexuel des époux A..., bien que notre patient n'ait abordé que tardivement et avec une certaine réticence ce sujet.

. Mme A... ne veut pas avoir d'enfant dans l'immédiat.

Elle clame à tout moment sa peur de la grossesse et, comme elle est hostile, "par principe", à l'utilisation de contraceptifs féminins, elle exige que son mari pratique le "coïtus interruptus" au cours de leurs rapports.

Quand le mari vient à faillir à cette règle, il est aussitôt accablé d'invectives, d'injures et de menaces.

Lui, craignant comme la peste les réactions agressives de sa femme, proteste de son innocence et se tait, préférant subir passivement les reproches qui lui sont faits.

. A plusieurs reprises, Mme A... a essayé de persuader son mari qu'il n'était pas en mesure de satisfaire sexuellement une femme.

Sous ce prétexte, elle a peu à peu repoussé la plupart des élans d'amour de son mari et cela a provoqué chez lui, à la longue, une véritable inhibition sexuelle.

Or, certains soirs, il semble qu'un retour de tendresse pousse Mme A... à désirer le rapprochement: alors, elle provoque son mari qui, satisfait de la constance et émoustillé à l'idée du plaisir qui l'attend, redevient tendre et amoureux à son tour.

C'est le moment que choisit Mme A... pour exprimer cruellement ses regrets: elle objecte qu'elle se sait fécondable, qu'un "accident" pourrait vite arriver et que, dans ces conditions, il est prudent et sage de renoncer aux oeuvres de chair.

. Ainsi, la froideur sexuelle est l'arme que Mme A... utilise pour contester les rapports conjugaux, faire prévaloir ses interdits sociaux-culturels sur les besoins physiologiques, signifier à son mari qu'elle a perçu ses réticences, ses insuffisances, sa fragilité sur le plan sexuel et qu'elle y répond, de son côté, en se refusant plus encore.

Tout se passe comme si elle voulait lui notifier par là d'avoir à la décharger le plus vite possible de toute coopération sur ce terrain.

Par son attitude résignée et soumise, M. A..., de son côté, manifeste sa crainte de l'épouse dominante qui l'agresse et réactive ses insuffisances et ses doutes sur lui-même.

Le climat de soumission où il baigne et son sentiment de l'échec sont très caractéristiques de son masochisme moral.

. Mais un désir non satisfait ne s'épuise pas du jour au lendemain. Très vite, l'idée de la masturbation s'impose à notre patient de façon incoercible : plus il cherche à la repousser, plus elle s'impose à lui. Bientôt, M. A... éprouve l'acte comme imminent : la tension anxieuse s'accroît et devient intolérable. Il cède finalement à cette obsession-impulsion et s'en libère.

Alors, un fort sentiment de culpabilité joint à une impression de non-valeur s'empare de lui.

Notre patient se reproche d'avoir cédé à un comportement qu'il estime "aberrant", même si cela lui a procuré des satisfactions libidinales transposées.

Cependant, l'attirance de la masturbation reste la plus forte et, un jour, sa femme le surprend en train de se livrer au plaisir solitaire dans la salle de bain.

Aussitôt, une bordée d'injures s'abat sur lui, et sa femme, pour le punir, décide de faire "chambre à part" pendant deux semaines.

Convaincu que sa femme a raison et qu'il est "obsédé sexuel", lui pense mériter cette punition et reconnaît qu'il "ne vaut pas qu'on l'aime".

Ainsi, se trouve de nouveau satisfait, par la conversion du plaisir en souffrance, le besoin masochique d'anéantissement et d'auto-destruction qui caractérise notre patient.

oOo

- Lorsqu'il s'est présenté à nous, M. A... nous a demandé de le libérer des "petites manies qui le torturaient et empoisonnaient son existence". Il s'agissait d'idées et de conduites bizarres, hors de propos, qui s'imposaient à lui en dépit de tous ses efforts pour les vaincre.

Comme nous allons le voir, ces manifestations obsessionnelles et compulsives n'étaient pas sans rapport avec ses problèmes sexuels.

. Ainsi, notre patient est assiégé, dès qu'il se met au lit, par cette idée qui tend à emplir le champ de sa conscience : "Tous les robinets d'eau sont-ils bien fermés ?" Il a beau penser qu'il a déjà pris soin de vérifier cela avant de se coucher, l'idée déraisonnable s'impose à lui et il doit se lever pour s'assurer une fois de plus que le nécessaire a été fait.

Cela n'entraîne pas pour autant une certitude définitive : un moment après, notre patient se sent poussé à accomplir une nouvelle vérification et il devient de plus en plus anxieux s'il résiste.

Ce besoin de procéder à la même vérification se produit de façon plus ou moins irrésistible jusqu'à dix fois par nuit, entretenant la tension inquiète de notre patient et empiétant impitoyablement sur son désir de sommeil.

L'analogie est frappante entre la règle du "coïtus interruptus" qui commande à notre patient "tu n'éjaculeras pas au cours de tes rapports sexuels" et le rituel obsessionnel qui le contraint à s'assurer que tous les robinets sont fermés.

Selon toute vraisemblance, sa sexualité perturbée et insuffisamment satisfaite est à l'origine de pensées obsessionnelles qui sont des pensées libidinales, et le rituel obsessionnel qui l'assiège est une défense contre l'irruption de ces pensées.

. Parallèlement, à ces manifestations, mais sans lien apparent avec elles, notre patient a éprouvé soudainement, au sujet de sa femme, un doute cruel et dévorant qui, depuis, ne l'a plus quitté.

Il a beau ne pas vouloir y penser ou se dire que les apparences sont trompeuses, que sa femme a trop le sens du devoir pour tomber dans une telle perfidie, rien n'y fait : ses craintes à tous moments l'agitent et le tourmentent.

Pour tenter d'éclaircir ses soupçons, notre homme alors épie les faits et gestes de son épouse, se renseigne sur ce qu'elle a pu faire pendant qu'il était au travail, cherche à savoir qui elle a rencontré, vérifie sournoisement ses comptes en invoquant la dureté de la vie et la nécessité de faire des économies.

Or, l'épouse s'est vite aperçue de ce manège et ne l'a pas accepté avec sérénité.

Elle s'est d'abord indignée du caractère soupçonneux de son mari, traitant ce mari "de jaloux, de tyran et de fou" et lui recommandant "d'aller se faire soigner ailleurs".

Puis, par une intention assez machiavélique, elle a décidé en guise de vengeance de se jouer de lui en lui faisant accroire, pour le confirmer dans ses doutes, qu'elle voulait divorcer pour se remarier.

. A l'occasion d'un désaccord, elle lui annonça récemment sa décision de la quitter pour épouser un ingénieur célibataire qu'il connaissait de vue.

Affolement, désarroi, demande d'explications: notre patient ne sut où donner de la tête.

Certes, il se rappelait que le dit ingénieur, qu'ils croisaient quelquefois dans la rue lorsqu'ils allaient au restaurant, avait coutume de les saluer avec un fin sourire lorsque sa femme et lui passaient à sa hauteur; mais de là à supposer que ce sourire était une complicité à l'adresse de sa femme, il y avait un pas qu'il n'aurait jamais osé franchir.

C'était donc pour cela que sa femme, ces jours derniers, lui paraissait hostile et agressive ? Mais non, il ne lui semblait pas possible qu'elle l'abandonne. Peut-être n'avait-elle agi ainsi que pour lui donner une leçon. Il ne fallait pas qu'elle le quitte. Il lui demanderait de ne pas commettre l'irréparable; il lui promettrait ce quelle voudrait.

En attendant, il préférait ne rien dire, ne rien faire qui puisse compromettre par quelque maladresse une situation déjà bien malheureuse.

Il se contentait de ruminer ses craintes, ses doutes, son espoir, cherchant à fuir le présent qui le torturait, n'y parvenait pas, refusant même la nuit la quiétude du sommeil comme s'il craignait que sa femme, profitant de son sommeil, ne l'abandonne, encore un peu plus à sa solitude.

. Le surlendemain, nouveau "coup de théâtre": sa femme lui déclara qu'elle lui avait menti quant à l'identité de son futur mari, lequel était en fait un certain M. B..., jeune, père de famille en instance de séparation avec sa femme.

Plus encore que l'avant-veille, notre patient fut abasourdi, sidéré.

Ce qui lui arrivait lui paraissait insupportable. Se pouvait-il que sa femme soit sincère et veuille à présent le quitter ? Se jouait-elle de lui pour le punir de son manque d'affection ?

Rien ne l'avait préparé à un tel coup du sort.

Il voulait demander des explications, éclaircir une situation qu'il trouvait monstrueuse, reprocher à sa femme son ingratitude et sa méchanceté; mais il craignait dans le même temps de la mécontenter, de la rebuter davantage et il préférait se laisser glisser dans l'apathie et la morosité, comme pour écarter l'agressivité qui risquait de transparaître à travers ses gestes et ses conduites.

En somme il était partagé entre deux désirs divergents : l'un fondé sur le dégoût de la vie et la mésestime de soi, qui le poussait à l'auto-destruction; l'autre, ancré dans l'instinct de conservation, qui l'incitait à réclamer désespérément de sa femme présence, amour et consolation.

. C'est dans ces circonstances que notre patient, se sentant à bout de forces et soucieux de mettre un terme à une situation devenue intolérable, implora le pardon de sa femme et consentit à venir se faire soigner.

oOo

- L'histoire de M. A... nous apprend que celui-ci, enfant unique, a subi l'influence d'une mère autoritaire, frustrante, facilement punitive et qui, au lieu de favoriser la maturation affective de son enfant, l'a toujours maintenu sous sa coupe, le considérant en quelque sorte comme un prolongement de son propre corps.

Le père, de caractère effacé, n'entrait pas en compétition avec la mère, ce qui permettait à celle-ci de déployer d'autant plus aisément dans le ménage ses tendances autoritaires et son hyperactivité névrotique.

. L'évolution de notre patient s'est ressentie de cet ensemble de circonstances. Elle est restée marquée par une inhibition de l'agressivité et un faible intérêt pour les valeurs de courage, d'énergie et de fermeté, caractéristiques de la virilité.

Plus tard, pour compenser ses sentiments de dépendance et d'insécurité, notre patient a choisi une épouse à l'image de sa mère et c'est par un comportement d'enfant soumis qu'il a tenté de satisfaire ses pulsions libidinales auprès de cette épouse-substitut maternel.

. On peut encore penser que ce rôle dévolu à l'épouse a ravivé, chez M. A..., un complexe d'OEDIPE qui est à l'origine de ses inhibitions sexuelles et de ses problèmes obsessionnels.

Mais l'agressivité, jadis tournée vers les parents, a été obligée, par la loi du talion, de se manifester à l'égard du sujet lui-même : de là, le besoin de souffrance et d'auto-punition visant à satisfaire le sentiment de culpabilité inconscient et qui est, nous l'avons déjà vu, le trait essentiel du masochisme moral.

o O o

COMMENTAIRES DES OBSERVATIONS

= = = = =

1. - AVANT-PROPOS :

Les observations des couples sado-masochistes que nous décrivons montrent que chaque conjoint est, plus ou moins, atteint dans son psychisme et qu'il existe une étroite dépendance entre les deux partenaires de tels couples.

Aussi, la remarque de HORST-EBERHARD RICHTER dans "Psychanalyse de la famille" (en 1970) convient à notre étude : "De nombreux troubles psychiques ne peuvent être bien situés que du moment où l'on cesse d'y voir des maladies individuelles pour les qualifier de névroses conjugales..."

Mais si le couple tout entier est malade, nous constatons dans notre expérience (exception faite du cas rapporté dans l'observation n°4) qu'un seul conjoint est hospitalisé, tandis que l'autre continue de s'affirmer comme normal et refuse toute prise en charge psychothérapeutique.

Dès lors, nous ne pouvons étudier les couples sado-masochistes qu'en fonction des seuls conjoints hospitalisés, et notre étude devient plus difficile, partielle et moins objective.

2. - L'HOSPITALISATION :

Motifs d'hospitalisation: Nos malades sont hospitalisés pour des motifs différents.

A leur entrée dans nos services, les malades décrits aux observations n° 1-5-6-7-8-9-10-11 présentent un syndrome dépressif, le patient de l'observation n° 2 un accès délirant, celui de l'observation n° 4 un état d'excitation psychomotrice. Ces diagnostics ne peuvent d'emblée se confondre avec un diagnostic de masochisme.

De même, on ne peut assimiler au sadisme les tentatives d'homicide du malade de notre observation n°3, même si le caractère violent, agressif, destructeur de l'acte perpétré est évident. L'état dépressif qui atteint le patient de l'observation n° 4 évoque encore moins un caractère sadique.

Ainsi les troubles que présentent nos malades au moment de leur hospitalisation masquent le trouble causal plus profond que nous découvrirons plus tard.

L'expression du conflit conjugal: généralement (observations n° 2-3-4-5-6-7-8-10-11), dès leur entrée, nos malades attribuent l'origine de leurs troubles actuels au long conflit qui les oppose à leurs conjoints.

Mais il n'en est pas toujours ainsi (observations n° 1-9).

L'intensité du syndrome dépressif dont ils souffrent est parfois telle que nos patients sont mutiques (observations n° 1-9), mais dès que les effets du traitement antidépressif apparaissent et que les fondements minimaux d'une relation psychothérapeutique s'établissent, il nous est possible de prendre la mesure du conflit conjugal qui trouble ces patients.

De façon quasi générale se précise vite la relation de cause à effet entre le conflit conjugal qui perturbe la vie de nos patients et les signes de décompensation psychique qui en résultent et nécessitent leur hospitalisation.

Dès lors, nous sommes invités à aider des individus malades dans leur relation à autrui, leurs conjoints en l'occurrence.

Les facteurs déclenchant l'hospitalisation; conséquences:

Nos observations le montrent, au fur et à mesure que notre approche des malades se fait plus précise, plus profonde, plus juste, la nature sado-masochiste de leurs relations conjugales se révèle et se précise.

Pour douze malades que nous prenons en charge, seulement deux ont un caractère sadique, tandis que dix sont masochistes et les circonstances d'hospitalisation de ces patients sont différentes selon que leur caractère est sadique ou masochiste.

Ces différentes constatations attirent plusieurs réflexions et dégagent plusieurs enseignements.

L'individu de caractère sadique que nous reconnaissons à l'observation n° 3 ne se présente pas à nous spontanément, c'est en raison de ses débordements agressifs et parce qu'il est dangereux pour autrui qu'il hospitalisé, à la demande de sa famille et de son médecin traitant. Lui-même refuse son hospitalisation, nie sa maladie et, de ce fait, rend difficile l'établissement d'une relation psychothérapeutique.

En raison de la fin que poursuit sa déviation -satisfaire au besoin et au plaisir de faire souffrir- ce malade, de toutes ses forces conscientes et inconscientes, se préserve de toute intervention psychothérapeutique menaçant de troubler le compromis névrotique sur lequel il vit et qui le satisfait.

Seul un malade présentant dans son foyer un comportement sadique -observation n°4- nous consulte spontanément.

Mais c'est le cas bien particulier d'un délirant paranoïaque et jaloux, "cyclothymisé" par une lobotomie, qui vient chercher refuge à la clinique. Inconscient des penchants sadiques de sa personnalité, il ne nous consulte pas pour cela.

Ainsi il nous apparaît que le psychiatre, dans l'exercice de sa profession, n'est guère sollicité par des individus présentant un "caractère sadique". S'il l'est parfois, ce n'est généralement pas à la demande de ces malades. Ceux-ci, en effet, n'ont aucune raison de recourir au médecin pour guérir d'un trouble qu'ils ignorent souvent et qui leur procure tant de satisfaction.

Si, comme nous l'avons vu au chapitre des définitions, le comportement masochiste traduit un besoin constant de se faire souffrir, de se diminuer, d'échouer, nous imaginons que des individus masochistes liés à des partenaires sadiques devraient assouvir leurs besoins et ne jamais ressentir la nécessité de recourir au médecin.

Pourtant l'expérience nous montre que ce n'est pas toujours le cas.

Dès lors que le psychiatre est consulté, nous devons étudier quels facteurs sont intervenus.

Nos observations montrent que des partenaires masochistes décompensent au point d'être hospitalisés lorsque l'équilibre supposé du couple sado-masochiste ne leur convient plus ou qu'il est rompu.

Il arrive que cette rupture est due à la réciprocité des processus sado-masochistes dans le couple (obs.1-2-4-6-9-10); aux observations 1-4-6, la jalousie des conjoints, qu'elle soit de nature névrotique (Obs. 1-6) ou psychotique (obs.4), s'exacerbe et prend une telle intensité que nos malades ne peuvent plus y faire face malgré leur appétit de souffrance.

En quelque sorte, l'épreuve que leurs partenaires leur font subir est au-dessus de leurs forces; les limites de leurs masochisme sont dépassées, ils sombrent dans la maladie.

Aux observations 9-10, il y a dissymétrie entre les besoins masochiques de nos malades et les exercices sadiques de leurs partenaires. Ici aussi le seuil du masochisme de nos patients est débordé, la décompensation ne peut être évitée.

D'autres fois, la rupture de l'équilibre du couple est due à la perte de réciprocité des processus sado-masochistes (obs. 5-7-8-11).

L'éloignement du conjoint est une perte insupportable pour nos malades (obs.5-7-8); brutalement sevrés de leur drogue, nos patients ne peuvent faire face à ce manque, ils décompensent.

Parfois, la seule menace de la perte (obs.11) suffit à créer les mêmes effets.

Ces causes mises à part, nous voyons souvent dans des couples sado-masochistes les partenaires sadiques exercer sur leurs conjoints une forte pression jusqu'à ce que ces derniers présentent des symptômes relevant de la médecine. Il y a une volonté sadique de rendre malade le conjoint, d'en faire un cas; en provoquant l'échec de sa victime, le partenaire sadique ne se sent pas culpabilisé puisque le malade c'est l'"Autre". Nous reconnaissons ce phénomène aux observations 1-8-10-11 et surtout 9.

Enfin, on peut considérer que par le biais de l'hospitalisation, en exhibant au médecin leurs souffrances, nos patients satisfont leur masochisme de façon narcissique; dès lors, nous devinons combien leur traitement va s'avérer difficile puisqu'ils tirent de leur déviation des satisfactions secondaires.

Ainsi, les circonstances d'hospitalisation sont bien différentes selon que les malades présentent un caractère sadique et masochiste; on comprend aussi pourquoi le psychiatre est plus souvent et plus facilement consulté par des individus masochiques.

La déviation assumée: Nous venons de nous intéresser aux causes susceptibles d'amener vers le psychiatre des individus sadiques ou masochistes. Est-ce à dire pour autant que, tôt ou tard, au sein des couples sado-masochistes, les forces de dissociation l'emporteront toujours sur les forces de cohésion ? Nous nous garderons de faire nôtre une telle affirmation; au contraire, nous pensons que, bien souvent, l'équilibre de tels couples est préservé.

Chaque conjoint, en effet, a besoin de l'autre au même degré. Du moment où les conflits individuels respectifs, de même que les rôles attribués à chacun des partenaires, sont parfaitement complémentaires, il n'y a pas de raison pour que le psychiatre soit consulté. Chacun dans le couple accepte son existence de "personne partielle", ne demandant qu'à être complétée en fonction des disponibilités de l'autre personne compensatrice.

De tels conjoints veillent anxieusement à ce que ce schéma soit réalisé; si leur entreprise est un succès, ils assument leurs déviations et n'ont jamais recours au médecin.

Par ailleurs, dans notre étude, nous ne rencontrons pas de vrais pervers.

Certes, notre expérience est très limitée, mais en y ajoutant celle d'autres médecins, nous devons reconnaître que le psychiatre constate rarement de vraies perversions sadiques ou masochistes.

Les mêmes raisons que celles énoncées pour les sadiques et les masochistes "moraux" se retrouvent ici. Mais, de plus, les vrais pervers sont conscients de leur déviation et en font un "art" de vivre; généralement satisfaits de leur sort, pourquoi consulteraient-ils un médecin ? "L'expérience courante nous indique l'existence d'un nombre non négligeable dans la population de pervers variés, qui savent poursuivre la réalisation de leur désir sans enfreindre les lois ou en prenant des précautions suffisantes pour n'être jamais inquiétés; mais de pareils sujets ne viennent jamais voir le psychiatre", rapporte G. DAUMEZON. Cette remarque s'applique d'autant mieux à des pervers sadiques ou masochistes qu'ils s'allient à des conjoints présentant une perversion complémentaire.

Pour ces différentes raisons, le psychiatre est rarement consulté par de vrais pervers à propos de leur perversion; il est d'ailleurs amusant de constater que les écrivains plus que les médecins ont rendu compte de la perversion conjugale sado-masochiste.

3. - LES COUPLES SADO-MASOCHISTES :

Les facteurs de prédisposition : âge, différence d'âge, profession et statut social, durée de vie du couple, sexe, conflits infantiles:

Revenons à l'étude des individus qui, à un moment de leur existence, n'ont pu maintenir avec leurs partenaires la symétrie de leurs rôles et sont parvenus de ce fait jusqu'à nous.

Nous essaierons d'abord de déterminer chez nos malades quels facteurs ont pu favoriser leur décompensation psychique, et au delà, quels facteurs les ont prédisposés à vivre sur un mode sadique ou masochiste.

L'âge de nos malades est variable. Notre patiente la plus jeune a 21 ans (obs. 6), notre malade le plus âgé a 49 ans (obs. 2).

Nous ne pouvons retenir le paramètre de l'âge comme un élément favorisant une décompensation.

Tout au plus remarquons nous que nos patients sont dans une période d'activité sexuelle; cela ne nous surprend pas, car on sait qu'il y a d'étroites relations entre la sexualité et les déviations sadiques ou masochistes.

La différence d'âge entre les partenaires de nos observations n'est pas significative pour que l'on retienne ce paramètre.

De même, ni la profession, ni le statut social de nos malades n'apparaissent comme des facteurs prédisposant à une rupture de l'équilibre sado-masochiste du couple ou intervenant dans la genèse des troubles constatés.

Parmi nos patientes, l'ouvrière côtoie la pharmacienne; parmi nos patients, le mécanicien côtoie le professeur.

. La durée d'existence du couple ne joue aucun rôle dans la désintégration de ce couple, ni dans les déviations constatées.

Certains couples que nous décrivons existent depuis un an (obs.6-10-11), d'autres depuis vingt ans (Obs. 2-3-5).

Le sexe de nos patients est-il quant à lui, déterminant ? Sur douze malades hospitalisés, il y a six hommes et six femmes répartis ainsi :

- deux hommes présentent un caractère sadique (obs. 3 & 4)
- quatre hommes présentent un caractère masochiste (obs. 2-9-10-11)
- six femmes se montrent masochistes (obs. 1-4-5-6-7-8)

Peut-on conclure que la femme est plus encline à devenir masochiste ?

Le nombre trop réduit de nos observations ne nous permet pas de le dire.

Pourtant certains auteurs, poursuivant les travaux théoriques commencés par FREUD, laissent entendre que le comportement de la femme, en général, et son comportement sexuel, en particulier, impliquent un certain degré de masochisme.

Hélène DEUTSCH, notamment, fait du masochisme l'élément indispensable à l'évolution de la femme et à l'acceptation de sa féminité. Pour elle, la féminité est intégralement identifiée à la passivité, et plus

encore c'est le masochisme féminin (dû à l'infléchissement des pulsions actives investissant le clitoris) qui ouvre accès à la féminité.

Marie BONAPARTE quant à elle juge qu'un apport de masochisme est nécessaire à l'évolution sexuelle de la femme. Elle met l'accent sur la bissexualité constitutionnelle de la femme et fait remarquer que sans le retournement des pulsions sadiques actives en pulsions masochistes passives que permet le "Masochisme féminin essentiel", il y aurait obstacle à l'établissement d'une sexualité féminine normale.

Ces différents travaux, destinés à établir qu'en dehors d'une position masochique il n'y a point de salut pour la femme, sont très théoriques et ne sont pas approuvés par tous les psychanalystes.

FREUD lui-même en 1932 insiste pour que l'on n'assimile pas la féminité à la passivité; dans "Nouvelles conférences" il écrit : "Peut-être pourrait-on dire que la féminité se caractérise, au sens psychologique, par un penchant vers des buts passifs, ce qui n'est pas la même chose que de parler de passivité."

NACHT surtout s'oppose aux conceptions de Marie BONAPARTE et Hélène DEUTSCH; il écrit dans "Le Masochisme" : "Il suffit de remarquer que si le masochisme de la femme est naturel, ce n'est plus du masochisme. On ne saurait, en effet, considérer un phénomène naturel comme pathologique et le masochisme représente un phénomène pathologique "; il ajoute fort à propos : "Les manifestations masochistes ne sont pas spécifiquement féminines : le caractère masochiste féminin ne diffère pas cliniquement de celui de l'homme. On y retrouve le même mélange de réactions d'échec, d'autopunition, le même besoin de souffrance se mêlant ou se substituant au besoin d'amour."

Il n'en demeure pas moins vrai que la plupart des médecins et des psychiatres s'accordent à dire qu'ils rencontrent plus de femmes que d'hommes masochistes.

Peut-on essayer d'en découvrir les raisons ?

FREUD en 1932 apporte une explication à ce phénomène quand il dit : "Gardons-nous de sous-estimer l'influence de l'organisation sociale, qui tend à placer les femmes dans des situations passives".

Plus tard, NACHT constate que : "les civilisations de type masculin comme la nôtre imposent à la femme une situation de passivité, de soumission et de dépendance".

NOus pensons effectivement qu'il faut voir là un facteur non négligeable concourant à la genèse du masochisme féminin. Mais, si notre culture a élevé au niveau d'une institution la domination du sexe qui s'est attribué l'épithète de "fort" sur le sexe qu'il a décrété "faible", nous commençons depuis quelques années à réviser nos conceptions à ce sujet; souhaitons que cela aide à renforcer l'harmonie et l'équilibre des couples.

Ainsi, ni l'âge, ni le statut social, ni même le sexe de nos patients ne peuvent être retenus comme des facteurs favorisant la destructuration de couples sado-masochistes, pas plus que comme des facteurs intervenant dans la genèse du sadisme ou du masochisme de l'un ou de l'autre des conjoints.

Il nous apparaît que dès le plus jeune âge de nos patients la graine du sadisme et du masochisme est semée. Aussi l'étude des antécédents lointains de nos patients est indispensable, si nous voulons comprendre pourquoi et comment ils ont pu devenir plus tard sadiques ou masochistes.

Hélas, il nous a rarement été possible, dans notre pratique, de procéder à cette étude :

- d'abord parce que nos malades sont souvent réticents à partager avec nous leur intimité et qu'ils usent de nombreuses défenses pour nous interdire de remonter vers le passé le cours de leur vie ;

- aussi parce que souvent leurs séjours à nos côtés sont trop courts pour que nous puissions suffisamment mettre à jour ces antécédents;

- enfin, parce que certaines observations nous sont rapportées et que nous n'avons pu dans ces cas connaître les malades que nous décrivons.

Toutefois, à partir des éléments que nous avons pu recueillir et en nous aidant des nombreuses données théoriques que les psychanalystes ont mises à jour, il nous est possible de dégager un certain nombre d'éléments qui prennent une part importante dans la genèse du sadisme et du masochisme.

Mais, plutôt que des les rapporter dès ici, nous renvoyons le lecteur au chapitre ultérieur sur les "Aperçus psychopathologiques"; nous y étudierons comment le devenir de nos patients se détermine dès le plus jeune âge.

Les couples sado-masochiques proprement dits:

Pour l'heure, observons nos patients sans préjuger de la psychogenèse de leurs troubles.

Nos observations montrent à quel point, dans un couple sado-masochique, chaque partenaire est le complément, le négatif de l'autre.

Comme la plupart des auteurs le reconnaissent, le choix du partenaire amoureux prolonge la rencontre, mais n'est jamais dû à la fatalité.

Quelles que soient les justifications apportées à postériori par les conjoints eux-mêmes, des raisons inconscientes profondes ont pris une part primordiale dans l'élaboration de leur choix.

Les tendances névrotiques de chacun trouvant leur complément chez l'autre, le couple est créé.

Dès lors, les rôles au sein du couple sont distribués en réponse à ce que chaque partenaire attend consciemment et inconsciemment de l'autre.

Ces rôles peuvent servir, en grande partie, voire totalement, les processus de défense, c'est-à-dire que l'attribution ou l'acceptation d'un tel rôle peut être utilisée en tant que compensation par chacun des partenaires, afin de se débarrasser d'une tension conflictuelle intra-individuelle.

Au lieu de faire face à leurs conflits personnels et tenter de les démêler, les intéressés les introduisent dans leurs relations avec autrui, ils manipulent le conjoint respectif comme un objet substitutif ou un prolongement d'eux-mêmes.

Dans nos observations apparaissent différents types de rôles; ils correspondent à ceux que décrit HORST-EBERHARD RICHTER:

a) "Le rôle du partenaire subjectif":

L'un des conjoints force inconsciemment l'autre à reprendre le rôle d'un partenaire de conflit ayant figuré dans son passé infantile. Ainsi l'un des époux tente de reproduire au sein du couple les conditions traumatisantes sous l'effet desquelles le conflit historique fut fixé. En même temps, il charge son conjoint de compenser, voire de réparer l'insupportable déception laissée par cette autre relation manquée ou brisée. C'est ce que l'on observe aux observations 1-5-6-10-11 où les conjoints sadiques ont le rôle de partenaires subjectifs.

b) Notons surtout "Le rôle du bouc émissaire":

Un partenaire force l'autre à le débarrasser de son côté négatif en représentant cet aspect qu'il ne peut dissimuler avec succès chez lui-même. Ainsi il amène l'autre à incarner son identité négative, il en fait un bouc émissaire. Ce dernier doit réaliser les impulsions que son conjoint désapprouve et réprime chez lui-même.

En participant au fantasme de son conjoint, il lui procure une satisfaction subjective non coupable de ses propres impulsions refoulées et lui permet de canaliser vers l'extérieur ses tendances à l'auto-punition.

On peut reconnaître cela dans nos observations 2-3-4-9; les conjoints masochistes jouent ici ce rôle de bouc émissaire.

c) Nous remarquons enfin "Le rôle de la partie faible":

L'un des conjoints peut se faire passer pour grand, fort, actif, tant qu'il trouve en son partenaire la personnification de ses idées refoulées de petitesse, d'impuissance et de passivité. Ce partenaire exprime, dès lors, le fond dépressif que l'autre tente d'expulser de lui-même; il permet ainsi à son conjoint de se détacher intégralement dans toute sa splendeur. .

Mais en même temps celui-ci peut éprouver en cachette, dans son amour symbiotique pour l'autre, une part de sa nature passive et dépressive refoulée. On peut remarquer cela dans plusieurs de nos observations, en particulier les observations 1 & 7.

Les rôles que nous décrivons servent les buts défensifs de chaque conjoint de couples sado-masochistes; ils permettent aux époux d'accomplir, sous la pression de leur angoisse, un règlement partiel de certains conflits intérieurs. Les mécanismes classiques de défense individuelle (refoulement, régression, projection, formation réactionnelle, déplacement etc...) ne sont jamais absents dans la détermination de ces rôles;

mais ils ne trouvent leur efficacité que sous un aspect socio-psychologique, dans un sens nouveau et une complexité plus étendue, les conditions des rôles cités prennent la signification de formes psycho-sociales de défense. Certes, ces formes de défense sont définies par le déséquilibre intérieur de l'individu, mais aussi elles suscitent directement une conception simultanée, bipolaire du couple.

Cette conception dramaturgique ouvre ainsi une voie d'accès nouvelle aux problèmes conjugaux, contrairement au principe traditionnel centralisant l'individu et où tous les feux sont braqués sur un seul être qui apparaît comme le porteur de certaines fonctions et impulsions, tandis que le partenaire, lui, ne semble réduit qu'à l'effet positif ou négatif des résolutions produites par les impulsions qu'il rencontre.

Parmi les associations de partenaire qui, par l'importance du développement typologique de leurs rôles sont parvenues à représenter une configuration anormale, il nous faut distinguer celles dont la structure est asymétrique, c'est généralement une seule partie de l'ensemble qui maintient l'autre de force dans un rôle de compensation (Obs. 3-6-9-11). Si, au contraire, la configuration est plutôt symétrique, les intérêts de maintenir l'équilibre de l'union sont plus ou moins bien partagés (Obs. 1-4-7). Cette notion de symétrie ne doit pas être confondue avec la notion de réversibilité des processus sado-masochistes dans le couple, telle que nous l'avons étudiée auparavant.

La nature du lien conjugal sado-masochiste:

A la lumière des différentes conclusions que notre expérience nous a permis de dégager se dévoile la nature du lien qui unit les deux conjoints d'un couple sado-masochiste.

Au sein d'un tel couple, les rôles sont distribués en réponse à ce que chaque partenaire attend inconsciemment de l'autre, chacun accepte son existence de "personne partielle", ne demandant qu'à être complété en fonction des disponibilités de l'autre; ainsi chaque partenaire est le complément, le négatif de l'autre.

Ces caractéristiques rendent le lien sado-masochiste du couple difficilement réductible.

Il arrive parfois que le jeu sado-masochiste de certains couples détruise tel ou tel partenaire, au point d'entraîner son hospitalisation : ce lien n'en reste pas moins très puissant.

C'est d'ailleurs pour cela que bien des conjoints viennent demander aide au médecin ou au psychiatre, incapables qu'ils sont de rompre seuls ce lien, même s'ils en éprouvent l'ardent désir.

Comme nous le verrons au chapitre sur le traitement des couples sado-masochistes, ce lien est le principal facteur de cohésion du couple et il ne saurait être totalement rompu; à peine sa force et sa puissance pourraient-elles s'atténuer si, conjointement, les deux partenaires le souhaitaient profondément

Bien souvent, une fois estompés les signes de souffrance psychique qui les ont amenés vers nous, nos patients veulent retrouver le jeu sado-masochique qui les lie à leurs conjoints. Afin d'atteindre leur but, ils utilisent différents arguments qui, pour n'être pas négligeables, ne nous apparaissent pas essentiels. Ainsi certains conjoints évoquent la difficulté de vivre seuls (obs. 5-6-8), d'autres la nécessité d'élever des enfants (obs. 7), d'autres enfin, le manque de courage pour rompre (obs.4)

Quoi qu'il en soit, il nous semble que leurs tendances sadiques ou masochistes ont si profondément modelé leur personnalité que nos patients ne sauraient plus vivre sans elles, d'autant qu'ils en retirent d'estimables bénéfices secondaires comme nous l'avons vu.

Aussi la nature du lien très solide qui unit les deux conjoints d'un couple sado-masochiste nous paraît avant tout due au besoin et au plaisir du sado-masochisme.

Les névroses sadique et masochiste; les couples sado-masochistes et les autres névroses :

Le mode de relation de nos patients (sujet) à leur partenaire (objet), lié à des conflits sous-jacents non dépassés, rapportables aux modalités particulières des expériences primitives, constitue l'essentiel des troubles constatés.

Des mécanismes propres aux névroses prennent part, nous le verrons au chapitre prochain, à la genèse du sadisme et du masochisme de nos malades.

De plus, des manifestations névrotiques s'expriment chez tous les couples que nous décrivons.

Ces différentes raisons nous permettent de désigner par "Névrose de caractère", "Névrose de comportement", "Névrose de destinée", les troubles dont souffrent nos malades.

Mais ces névroses ne sont généralement pas bien isolées. En effet, des traits de caractère sadique ou masochique sont imbriqués selon les cas à des traits hystériques, paranoïaques, obsessionnels, etc...

Ainsi, un même individu, conjointement à des traits névrotiques, sadiques ou masochistes, peut présenter des symptômes caractéristiques d'autres névroses

ou même d'états pré-psychotiques, voire psychotiques.

Dès lors, comme le fait Maurice DONGIER, on peut diviser les névroses de caractère sadique ou masochique en trois grandes catégories, selon que prédominent les composantes qui les apparentent aux :

- a) névroses: hystérique, obsessionnelle, d'échec, etc...
- b) états psychotiques: paranoïaque, cyclique, etc...
- c) perversions: sadique, masochiste, etc...

En fait, l'expérience montre que toutes ces composantes sont généralement imbriquées. Selon que les unes l'emportent sur les autres, on dira, par exemple, que la perversion dépasse la névrose ou inversement.

Dès lors, comme certains auteurs, nous ne faisons pas nôtre ici la présomption psychanalytique classique selon laquelle l'existence d'une névrose exclut tout comportement pervers et inversement.

Chez nos malades, nous voyons, par exemple, des traits paranoïaques s'associer à des traits sadiques (obs. 3-4) ou masochistes même (obs.2); d'autres fois des traits hystériques se mêlent à des traits masochistes (obs. 1-4-6-8); enfin, des traits obsessionnels (obs.11) se rencontrent chez des malades masochistes.

Pour les conjoints de nos patients, il nous paraît qu'il en est de même, bien que nous les connaissions mal et que l'idée que l'on se fait sur eux se rapporte aux dires de leurs partenaires. Néanmoins, il semble que chez certains d'entre eux, des traits sadiques s'associent à des traits paranoïaques (obs.1-6), ou hystériques (Obs. 9-10-11); des traits masochistes se mêlent dans certains cas à des traits hystériques(obs.3).

Bien sûr, ces symptômes névrotiques associés présentent une coloration différente selon qu'ils s'associent à des traits de caractère sadique ou masochiste.

A partir des névroses de chaque conjoint, plusieurs types de couples sado-masochistes peuvent exister. Sur les onze couples que nous connaissons, quatre sont construits sur le schéma suivant : traits de caractères sadique et paranoïaque pour l'homme avec traits de caractères masochiste et hystérique pour la femme (obs. 1-3-4-6).

Ainsi pour nous le couple : mari paranoïaque, femme hystérique, est le type même du couple sado-masochiste.

Nous reconnaissons aussi deux couples (obs. 10 & 11) où l'épouse présente des traits de caractères sadique et hystérique, tandis que les conjoints associent à leur masochisme des traits de la série obsessionnelle (obs. 11) ou des signes de la névrose d'échec (obs. 10).

Les cinq autres couples dessinent des schémas d'organisation spécifiques, sans caractéristiques communes.

Quoi qu'il en soit, toute tentative de classification générale, stricte et rigoureuse, non seulement est impossible, mais encore présente peu d'intérêt.

L'important est de s'intéresser, cas par cas, aux couples sado-masochistes, afin de pouvoir leur apporter l'aide qu'ils nous réclament.

APERÇUS PSYCHOPATHOLOGIQUES

= = = = =

1. - METAPSYCHOLOGIE :

Nous allons d'abord étudier le sadisme et le masochisme sous l'angle théorique, métapsychologique.

Dans une première élaboration sur la genèse du sadisme et du masochisme, FREUD ("Pulsions et destins des Pulsions", 1915) considère que le sadisme érotique naît d'un retournement du masochisme qui, lui-même, provient d'un retournement du sadisme originaire.

Celui-ci consiste en une activité de violence, une manifestation de puissance à l'encontre d'une autre personne prise comme objet.

Ce que FREUD décrit ici est l'exercice de la pulsion d'emprise où le but premier, sans rapport avec le plaisir sexuel, est l'abaissement et la domination de l'objet par la violence.

Le destin de cette pulsion est double.

Dans un premier temps, elle se détourne de l'objet pour se retourner contre le sujet lui-même. Le verbe "faire souffrir" passe de la voix active ("Je fais souffrir quelqu'un") à la voix moyenne réfléchie ("Je me fais souffrir"). "Le besoin de tourmenter devient tourment infligé à soi-même, auto-punition, et non encore masochisme", explique FREUD.

Dans un deuxième temps, il y a renversement de l'activité en passivité ; le verbe "faire souffrir" est ici à la voix passive ("Quelqu'un me fait souffrir"). On parle alors de masochisme. A ce temps , l'activité pulsionnelle prend une signification sexuelle : "la sensation de douleur, comme d'autres sensations de déplaisir, déborde sur le domaine de l'excitation sexuelle

et provoque un état de plaisir pour l'amour duquel on peut ainsi trouver goût au déplaisir de la douleur", souligne FREUD.

Le sadisme érogène ou "sadisme proprement dit" naît d'un retournement de cette position masochique.

La souffrance et l'humiliation infligées à autrui sont prises en considération et sont corrélatives de satisfaction, de plaisir sexuel.

Dans le cadre de la dernière théorie de FREUD, avec "Le problème économique du masochisme" (1924), l'existence d'un masochisme primaire est postulée.

La pulsion de mort, dont la notion est introduite par FREUD dans "Au-delà du principe de plaisir" (1920), représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique. La libido obtient par la force de participer à côté de cette pulsion de mort à la régulation des processus vitaux.

Dès lors, le destin de cette pulsion de mort liée à la libido est double. "Une partie demeure dans l'organisme où elle est liée libidinalement, c'est en elle que nous devons reconnaître le masochisme originare érogène."

L'autre partie, la plus importante, est dérivée, dirigée contre les objets du monde extérieur. "Cette pulsion s'appelle alors pulsion de destruction, pulsion d'emprise, volonté de puissance". "Une part de cette pulsion est placée directement au service de la fonction sexuelle où elle a un rôle important à jouer. C'est là le sadisme proprement dit."

Enfin, celui-ci peut se retourner contre le sujet en "un masochisme secondaire qui vient s'ajouter au masochisme originaire". Le masochisme moral est une forme désexualisée du masochisme secondaire.

Cette conception que FREUD lui-même a pris soin, à diverses reprises, de désigner comme spéculative, a jeté une certaine confusion dans les milieux psychanalytiques et nombreux sont ceux qui se sont dressés contre elle.

2. - PSYCHOGENESE DU SADISME :

Mais qu'en est-il du sadisme et du masochisme du point de vue clinique et psychogénétique ?

Plusieurs auteurs notamment FREUD, REICH, NACHT, LAGACHE, se sont penchés avec attention sur les origines du sadisme.

Les étapes pré-Oedipiennes: Dès les étapes pré-Oedipiennes du développement de l'enfant, la graine du sadisme est semée.

Stade oral: le nouveau-né réagit contre les toutes premières frustrations orales. Il cherche à s'appropriier l'objet qui est la cause de frustration (sein, nourriture, mère...) et déclenche des réactions psychomotrices. La violence de ces réactions peut être telle qu'elle arrive non pas à éliminer les pulsions libidinales, mais à les intégrer totalement dans des tendances destructrices et agressives.

Que d'autres circonstances atténuent le sentiment de frustration (négligences, irrégularité dans les soins, brusqueries ou hostilité maternelles), que le sevrage soit intempestif, maladroit ou brutal, et l'on voit échoir la prévalence de l'élément agressif.

Stade anal : au stade anal, la satisfaction éprouvée lors de la déplétion des émonctoires et pendant l'élimination des excréments est troublée par l'intervention de la mère qui impose des règles de propreté. L'enfant peut manifester sous forme d'opposition son refus de se plier aux exigences maternelles. En même temps, se produit la rencontre entre l'agression agie et la satisfaction érotique. Dès lors, l'activité sphinctérienne, employée agressivement et ressentie érotiquement donne à l'enfant les premiers sentiments de maîtrise, de puissance sur lui-même et sur les autres à travers sa mère.

Le conflit Oedipien : Compte tenu des modalités réactives qu'il a adoptées pendant les étapes pré-Oedipiennes de son développement, comment l'enfant va-t-il affronter l'épreuve cruciale : le Complexe d'Oedipe ?

C'est toujours un conflit chargé d'agressivité qui va se résoudre.

Chez le garçon: Lorsque le garçon éprouve la tension créée par la situation Oedipienne, il peut s'en prendre encore et toujours à cette mère toute puissante, tenue pour responsable aussi bien du passé que du présent

Plus tard, l'épouse sera identifiée à la mère frustratrice et toute l'agressivité de l'époux sadique pourra se libérer à son endroit. Les pulsions agressives qui soutiennent naturellement la pulsion génitale de l'homme seront ainsi renforcées.

Chez la fille: La petite fille, quant à elle, peut nourrir des sentiments de haine à l'égard de son père qui refuse de satisfaire ses désirs incestueux. Elle rêve de revanche, et toute l'agressivité accumulée rebondira plus tard sur son mari qu'elle aura identifié à son père.

- Dans les deux cas l'acte sexuel ne sera réalisable que s'il revêt un caractère d'agression et de cruauté, revanche des frustrations subies jadis.

Le complexe de castration:

Chez le garçon : D'autres recherches ont montré que souvent les penchants sadiques sont pour l'homme une réponse à l'angoisse de castration. Mais, est-il concevable que la torture d'un objet donne une garantie contre l'angoisse de castration, s'interroge FENICHEL ? Il répond positivement car il s'agit ici de maîtriser activement une crainte passive et une identification à la victime.

Dès lors en s'identifiant à l'agresseur, le sujet raisonne inconsciemment ainsi : "Je n'ai pas à avoir peur, c'est moi qui suis menaçant; je suis le castrateur non le châtré".

Le sadisme met en cause, en dernière analyse, la peur de la castration pendant l'acte sexuel, la peur de l'excitation propre ici projetée sur l'autre (Obs.3)

Chez la fille : Chez la femme, le fait d'être privée d'un organe sexuel pareil à celui de l'homme peut être ressenti comme une blessure narcissique; un fort sentiment de frustration en découle; dès lors, elle réagira agressivement envers l'homme. Tout se passe dans son comportement comme si elle voulait châtrer l'homme, lui prendre ce qu'elle n'a pas pour compenser son sentiment d'infériorité. Les attaques visant l'ensemble de la personnalité de l'homme et, plus particulièrement sa virilité, traduisent la transposition des tendances mutilatrices (Obs. 9-10-11)

Le rôle des frustrations subies: Revenons au rôle des frustrations dans la genèse du sadisme.

a) Externes : Les interdictions éducatives trop nombreuses, mal justifiées, survenues dans un mauvais climat affectif, sont ressenties par l'enfant comme injustes et sont la source d'intenses sentiments de frustration, donc de réactions agressives.

- Mais souvent toute manifestation d'agressivité est brutalement réprimée par les parents, parfois des punitions corporelles et morales sont largement dispensées à cette occasion. Cela ne fait qu'accroître le sentiment de frustration et rendre plus aigu un désir de revanche, l'agressivité devient haine. Si, pour le moment, l'enfant ne peut se libérer partiellement de ses pulsions agressives qu'en les retournant contre lui-même, un jour viendra où un nouveau retournement pulsionnel sera permis. Alors l'agressivité, longtemps contenue, se libère, la haine s'exprime, et l'affirmation de soi a pour pendant une négation de l'autre.

Le sujet s'est identifié à l'agresseur, c'est-à-dire à l'adulte tout puissant; à présent, il satisfait ses désirs et remporte une victoire sur les autres; il puise là des plaisirs d'autant plus grands qu'ils étaient jadis interdits. Ce renforcement du sadisme est pour LAGACHE une défense contre l'angoisse liée à l'impuissance, à la passivité et à la dépendance de la position antérieure (Obs. 3-5).

b) Internes : Mais l'agressivité n'est pas induite par les seules frustrations externes; elle est aussi mobilisée par l'émergence du besoin ressentie comme une menace à l'intérieur du corps, comme une frustration interne.

La carence affective, maternelle en particulier, surtout lorsqu'elle est totale et qu'elle intervient au moment où l'enfant n'a pas encore une structure psychique assez forte pour la supporter, est vécue comme une frustration interne.

Il en résulte parfois par la suite le refoulement du besoin d'attachement affectif, une inaptitude aux rapports sociaux et une agressivité accrue. Celle-ci se manifeste en particulier à l'encontre de l'épouse identifiée à la mauvaise mère (obs.3).

A l'inverse créer un partenaire absolument dépendant et soumis est parfois une façon de rétablir une unité palliant l'angoisse d'abandon. On reconnaît ici le besoin de se faire aimer par la force.

- Ainsi, nous avons examiné l'importance des manifestations agressives qui sont une réponse aux frustrations subies pendant l'enfance.

Le manque de frustrations: Mai si l'on s'accorde à mesurer l'effet néfaste de trop de frustrations, on ne doit pas ignorer pour autant que l'inverse aussi est pathogène. Cela se trouve particulièrement démontré par l'évolution fâcheuse de la personnalité de l'enfant qui n'a pas eu suffisamment l'occasion de se dresser contre ses parents, contre l'autorité.

C'est le cas d'enfants élevés par des parents trop largement permissifs; c'est aussi le cas d'enfants dont les parents sont absents matériellement ou inexistants moralement par la faiblesse de leur caractère.

Le résultat peut conduire au développement d'un caractère sadique.

Le surmoi faible du sadique : Avant de conclure notre paragraphe sur les origines du sadisme, nous devons rappeler le fait de base des travaux d'ALEXANDER.

Les manifestations sadiques seraient imputables pour une grande part à une carence fonctionnelle du surmoi; son extrême faiblesse n'offrirait pas d'opposition aux pulsions agressives, sans que cependant le moi soit désorganisé.

3. - PSYCHOGENESE DU MASOCHISME :

Les facteurs qui ont pris une part prépondérante dans la genèse du sadisme se retrouveront aussi à l'origine du masochisme; les mêmes causes peuvent engendrer des effets différents. Nous découvrirons aussi des causes spécifiques du masochisme.

Les stades pré-Oedipiens: Dès ses premiers mois, l'enfant est essentiellement passif : il est l'objet, le jouet de la mère. Celle-ci détient le pouvoir; propriétaire de l'enfant, elle se montre active, dominiatrice. L'enfant soumis, dépendant, passif est dans une position masochique. Cette attitude peut devenir permanente.

La peur des réactions agressives: Surtout dans ses premières années l'enfant éprouve le besoin vital d'être aimé et d'aimer. Il aime tous ceux qui s'occupent de lui, puisqu'ils lui apportent les satisfactions réclamées et adaptées aux exigences particulières de chaque phase de son développement. Mais, dès qu'il ne reçoit plus ces satisfactions, qu'il est frustré, son amour peut se transformer en haine, l'enfant peut développer de violentes réactions agressives. Mais ce n'est généralement qu'une part de cette haine qu'il peut déverser, le plus fort de cette agressivité ne peut pas s'extérioriser, car elle fait naître la peur. Dès lors, l'agressivité est intériorisée, infléchie, retournée contre le sujet : le caractère masochiste en résulte.

Le complexe de culpabilité: Outre la peur, un instrument d'auto-défense contre l'agressivité commence à se forger dès le stade anal, au moment où les éléments du surmoi pré-Oedipien se créent.

La graine du masochisme moral est semée.

Mais c'est surtout au moment d'affronter le complexe d'Oedipe que l'orientation globale que prendra la personnalité de l'enfant va se dessiner.

Le Surmoi héritier du complexe d'Oedipe critique et interdit les tendances sexuelles incestueuses, chez le masochiste il exerce ses fonctions avec une excessive rigueur; sévère, dur, cruel, il est la voie par laquelle la pulsion agressive se retourne contre le sujet.

La souffrance que s'inflige le masochiste est ainsi utilisée par le surmoi comme moyen d'auto-punition destinée à neutraliser partiellement le complexe de culpabilité.

"C'est toujours le sentiment de culpabilité qui transforme le sadisme en masochisme", écrivait FREUD en 1919 (Obs. 1-10-11).

Le rôle des frustrations : Mais cette culpabilité à l'origine du masochisme n'est pas uniquement engendrée à l'occasion du conflit oedipien.

Elle naît aussi chaque fois que l'enfant, en réponse aux frustrations subies, nourrit des sentiments de haine à l'égard de ses parents, chaque fois qu'il a le désir et la volonté d'agresser ces derniers.

Nous avons vu lors de notre étude sur le sadisme que de telles réactions ont lieu au moment où l'enfant doit faire face aux interdictions éducatives, quand il doit se plier aux exigences parentales en particulier (Obs. 10-11).

L'angoisse de la castration :

Chez l'homme: L'agressivité peut entraîner en retour une crainte de castration.

Nous savons que des penchants sadiques peuvent répondre à cette angoisse, nous verrons ici comment ce danger peut être dévié par l'adoption d'attitudes masochistes.

En consentant à la souffrance, qui est un sacrifice partiel pour sauver le reste, l'angoisse de castration peut être surmontée. Le masochisme est un moyen d'auto-défense pathologique.

Tout se passe chez le masochiste comme si les punitions qu'il prend soin de s'infliger et son besoin de souffrir avaient pour but de la préserver de la crainte infantile de castration.

Sur le plan clinique, ce qui est affirmé sans cesse dans une constante dévalorisation, une longue plainte, peut être compris comme une castration postulée pour n'avoir pas à la subir.

L'attitude passive, féminine que prend souvent le masochisme exprime aussi que tout danger est écarté "Je suis castré déjà" semble dire le masochiste "Donc je ne risque plus rien" (Obs.10-11).

Chez la femme : Mais qu'en est-il pour la femme ? L'adaptation à l'inégalité et à la différence anatomiques des sexes, point de départ de l'orientation féminine, n'est pas toujours possible.

. Telle petite fille peut s'acharner à nier ce qu'elle vient de constater: l'absence chez elle d'un organe sexuel semblable à celui d'un garçon.

Elle ne voudra jamais s'admettre dépourvue de ce qui lui apparaît comme un avantage. Ceci l'amènera progressivement à développer des tendances caractéristiques de complexe de virilité, chez la femme.

Elle réagira dans la vie à l'instar des hommes masochistes craignant pour leur virilité, elle développera des réactions auto-punitives, masochistes, masquées souvent par un comportement apparemment viril et agressif afin déloigner le danger d'une castration illusoire.

On reconnaît là les traits essentiels du masochisme provocateur de la femme (Obs. 1-3-4).

. Chez une autre petite fille, au contraire, c'est le sentiment de la castration accomplie et liée au complexe de culpabilité qui amorcera les tendances masochistes.

Mais le complexe inconscient de culpabilité ne s'effacera pas par la punition.

Cela explique le masochisme chez ce type de femme où la castration, imaginaire et inconsciente, acceptée comme punition, ne préserve cependant pas de toute la série des réactions auto-punitives destinées à appeler la souffrance.

Le masochisme organique : Dans certains cas, la souffrance n'est plus seulement valeur monnayable servant comme pris de rachat. Elle se réduit à un désir inconscient d'être puni par l'autorité parentale à laquelle s'est substitué le surmoi du sujet.

Ici, le processus n'est que secondairement oedipien; il est déterminé essentiellement par l'évolution instinctuelle pré-oedipienne et marque, de ce fait, un organisme moins évolué, d'où son caractère plus profond, "organique".

"Le masochiste, écrit NACHT, n'a jamais pu surmonter les premières déceptions de la vie infantile, il en est resté inconsolable, d'où son besoin constant et plus intense que chez n'importe qui de se faire aimer; mais chez lui ce besoin d'amour se confond avec un besoin de souffrance. L'amour sans souffrance, il le rejette ou le transforme en souffrance."

Son masochisme consiste à reproduire une situation de souffrance par rapport à sa mère; il s'identifie à l'objet frustrateur. Ainsi nous apparaît clairement le rôle éminemment pathogène des carences affectives totales ou partielles. Ce besoin de souffrance peut marquer de façon définitive le sujet (Obs.1-2-5-9).

Le plaisir de la douleur par érotisation :

Comment à présent pouvons-nous expliquer le côté positif du phénomène masochiste : le gain de plaisir par la souffrance ?

Cette érotisation ne se comprend que par une régression, un retour à des étapes pré-génitales de l'évolution infantile.

A ces stades, les différentes pulsions instinctuelles, notamment sadiques et sexuelles, s'entremêlent, la rencontre entre l'agression agie et la satisfaction érotique se fait jour.

Par le retournement masochiste, l'agression n'est plus agie mais subie, toutefois, le plaisir qui s'y rattache demeure.

En particulier, la rétention ludique et semi douloureuse des fèces peut être l'occasion de la découverte du plaisir auto-érotique masochique transposé en plaisir de sentir des applications sur le corps, en désir que l'autre vous fasse quelque chose.

Aussi les châtiments, par leur qualité érotique intrinsèque accentuent cette orientation et donnent une base physiologique à la transformation du déplaisir en plaisir.

"De plus ils peuvent être insérés dans les différentes réactions de culpabilité inconsciente et maintenir, sous forme de punition provoquée, la nécessité de substituer la souffrance au plaisir ", (NACHT: Le Masochisme) (Obs. 1-5).

Les fantasmes masochistes: L'étude du masochisme ne saurait être complète si l'on n'aborde pas celle des fantasmes qui sous-tendent ce phénomène.

Ces fantasmes névrotiques du type "un enfant est battu" ont été analysés par FREUD; à travers eux apparaît l'organisation de l'enfant par rapport au père et à la mère.

a) Chez la fille : Considérons d'abord le fantasme de fustigation des petites filles. Il traverse trois phases :

. dans la première, le fantasme signifie "Le père bat l'enfant", cela sous-entend "le père n'aime pas cet autre enfant que je hais; il n'aime que moi". Ce fantasme remémoré comme conscient exprime l'amour incestueux.

. dans la seconde phase, le fantasme indique "je suis battue par le père". Etre battue soi-même par le père devient l'expression directe de la conscience de culpabilité qui a comme base l'amour pour le père : "Non il ne t'aime pas, car il te bat". Mais cela constitue aussi le substitut régressif de la relation génitale prohibée et l'enfant puise là l'excitation libidinale. Cela est l'essence du masochisme. Ce fantasme demeure généralement inconscient par suite de l'intensité du refoulement.

. Dans la troisième phase, le fantasme exprime "Des garçons étrangers et inconnus sont battus". Ici le fantasme est porteur d'une forte excitation sexuelle conduisant à la satisfaction onanistique. Tous ces enfants indéterminés qui sont battus ne sont que des substituts de la personne propre; celui qui inflige le châtement est un substitut du père. La satisfaction obtenue ici est masochiste; la signification réside en ce que l'investissement libidinal de l'élément refoulé a été pris en charge et avec lui la conscience de culpabilité qui y est rattachée. Ce fantasme est conscient (Obs. 1-5)

b) Chez le garçon : Dans les cas masculins, il est remarquable que le fantasme "Un enfant est battu" suppose qu'il y ait un retournement de l'activité masculine et phallique en passivité féminine et anale.

. Prenons le cas du masochisme érotique : un homme battu par une femme. Il s'agit ici de refouler un projet concernant le père : s'emparer de sa puissance virile, le castrer. Ceci entraîne une culpabilité, une peur de la castration en retour.

Le masochiste prendra donc la place de la mère, s'offrant au père, non point comme dans l'homosexualité ici redoutée, mais dans une situation particulière : être battu. Aussi a-t-il un châtiment délimité, maîtrisé parce qu'incité activement et non subi passivement, et moins grave, en tout cas, que la castration.

De plus ce fantasme retient quelque chose de la relation amoureuse puisque "être battu" devient une preuve d'intérêt, d'amour même; en effet, il indique "S'il me bat, c'est qu'il m'aime."

Mais le masochiste est ici battu par une femme. Ceci lui permet d'éviter la relation directe, homosexuelle au père, et de garder avec la mère une relation incestueuse anodine mais souhaitée.

Ainsi le fantasme sous sa forme définitive signifie : "Je ne châtré pas le père; c'est moi qui suis châtré (battu) par ma mère."

Si la femme a des attributs virils, c'est pour rappeler que la seule instance primitive est masculine, paternelle, ici ravalée à quelques signes soumis à la femme.

DELEUZE fait remarquer que dans la mesure où le masochiste soutient son rôle masculin, il peut "être à la place d'un père qui serait battu, humilié, castré grâce à la complicité de la mère. La projection serait

"Ce n'est pas moi, c'est la mère qui châtre le père".

. Dans le cas où domine le fantasme "être battu par un homme", avec des réalisations symboliques dans ce sens, il s'agirait selon NACHT de masochisme moral répondant à une dénégaration directe :
 "Ce n'est pas moi, c'est le père qui castre".

4. - APPROCHE PLUS GLOBALE DE LA GENESE DU SADO-MASOCHISME:

Comme nous avons tenté de le montrer en utilisant des concepts psychanalytiques, les péripéties de la préhistoire des pulsions, de leurs images et de leur charge libidinale positive ou négative, marquent d'une particulière vulnérabilité le développement ultérieur.

Le sadisme et le masochisme représentent à cet égard des sortes de plaisirs défendus et originels dont l'exigence est quasi-absolue.

. Cependant, nous aurions pu aborder la genèse du sado-masochisme conjugal d'une façon beaucoup moins théorique et sans nous en tenir au seul point de vue de la psychanalyse. Il s'agit d'une approche plus globale que nous allons tenter d'esquisser à présent à partir des données psychopathologiques provenant de l'enseignement de M. le Docteur MILLET.

Le terrain "hystéro-paranoïaque" : Beaucoup des patients examinés rencontrent au cours de leur enfance, dans leurs rapports avec les parents, des difficultés relationnelles.

Ces difficultés associent à une forte dépendance à l'égard du parent privilégié le sentiment d'une frustration affective profonde concernant la même personne (sentiment lié à une attitude peu chaleureuse ou rejetante de celle-ci).

Ainsi se créent, chez l'enfant, un attachement ambivalent à l'égard de quelqu'un qui représente pour lui une image significative, et un type relationnel qu'il ne manquera pas d'essayer de répéter avec autrui.

Cette structure psychologique particulière mérite, nous semble-t-il, une courte description sous le nom de "terrain hystéro-paranoïaque".

Elle se développe à partir d'un sentiment précoce de frustration affective et elle est caractérisée par une importante quête de dépendance associée à la crainte, sinon au désir que cette demande soit toujours au moins partiellement, rejetée.

La relation à autrui de tels sujets est difficile; la "distance" est toujours imparfaite : elle est trop proche quand l'autre est investi comme bonne image idéale, mais elle varie très facilement en raison des projections de mauvaise image survenant dès la moindre contrariété.

... et ses conséquences au niveau du couple: Le couple va favoriser au maximum l'épanouissement de cette ambivalence, car il suppose toujours, du fait de "l'engagement", une certaine forme de dépendance, et il entraîne aussi des attitudes projectives; ce sont les "illusions sur l'objet aimé", propres à tous les amoureux, qui ne seront d'ailleurs pas forcément toujours déçus.

L'entrée dans le couple est donc recherchée par les personnalités hystéro-paranoïaques qui y trouvent le moyen de combler leur manque affectif et de projeter sur l'autre la bonne image idéale dont ils portent la nostalgie.

Malheureusement, à la première défaillance, ou désillusion, ce sont des projections de "mauvaise image idéale" qui surviennent, entraînant disputes, reproches, contrariétés et souffrance.

Le besoin de dépendance domine cependant : le couple a déjà une certaine histoire, des impératifs sociaux, économiques, humains.

La dynamique sado-masochique a pris son départ.

5. - LE SADO-MASOCHISME CHEZ UN MEME INDIVIDU:

Nous avons reconnu que les mêmes facteurs pouvaient, selon les circonstances, contribuer à l'organisation d'une personnalité sadique ou masochiste.

A partir de là, nous devons dire que l'orientation vers l'un ou l'autre de ces penchants n'est jamais totale, absolue : FREUD le souligne dès les "Trois essais sur la théorie de la sexualité" en 1905, en faisant du sadisme et du masochisme les deux versants d'une même perversion dont la forme active et la forme passive se retrouvent dans des proportions variables chez le même individu : "Un sadique est toujours en même temps un masochiste et vice versa; cela n'empêche pas que le côté actif ou le côté passif de la perversion puisse dominer et caractériser l'activité essentielle qui prévaut".

T R A I T E M E N T

= = = = =

1. - INTRODUCTION :

La relation conjugale est le lien par excellence de manifestations archaïques liées aux conflits non résolus antérieurement. On y trouve l'expression, à la fois des désirs primaires insatisfaits et des défenses organisées contre ces mêmes plaisirs.

Sur un fond de satisfactions narcissiques, les pulsions partielles de chaque sujet trouvent leur objet dans le partenaire, spécifiquement et symptomatiquement choisi, et se manifestent dans le couple. En ce sens, le lien conjugal, même conflictuel, peut avoir un effet consolidant, un effet protecteur et préventif, sinon un effet thérapeutique direct.

Dans les couples sado-masochistes plus qu'ailleurs les traits de caractère névrotiques, quelle que soit la gravité de leurs conséquences, apparaissent très préservés; en quelque sorte, ils forment, non seulement, le ciment de la personnalité de chacun, mais aussi celui du lien conjugal lui-même.

Ils apparaissent aussi indispensables à l'équilibre du couple qu'à l'équilibre personnel de chacun de ses membres.

Pourtant, que ce soit dû à la réciprocité des processus sado-masochistes ou, au contraire, à la perte de cette réciprocité au moment où les désirs de l'un n'ont plus de répondant chez l'autre, il arrive que ces équilibres se rompent et, qu'à cette occasion, le psychiatre soit consulté.

oOo

2. - CONDITIONS PREALABLES & L'EXERCICE D'UNE PSYCHOTHERAPIE INDIVIDUELLE :

Dans l'exercice de sa mission, le thérapeute se rappellera ce que nous venons d'énoncer; aussi, loin de vouloir immuniser à tout prix son patient contre les symptômes névrotiques qu'il présente, il limitera plutôt son ambition et fera sien le vieil adage de ses anciens maîtres : "primum non nocere".

Avant toute chose, il s'assurera que l'organisation perverse de son patient ne cache pas une personnalité fragile, pré-psychotique. Si tel était le cas, son action resterait limitée; il se contenterait d'endiguer, autant que possible, les débordements pervers, tout en respectant l'organisation psychique de ce patient.

Dans les autres cas, avant d'exercer sa technique thérapeutique, le médecin doit élucider la demande véritable du consultant ; sans cela toute thérapie est impossible ou vouée à l'échec.

Mais le malade ne formule pas toujours sa demande de façon directe. Ainsi, dans notre expérience, limitée aux seuls cas que nous avons rapportés, les troubles présentés au moment de l'hospitalisation apparaissaient comme un prétexte une disculpation ou un alibi derrière lesquels se dessinait un trouble beaucoup plus global dans la relation à autrui ou à soi-même : perversion, névrose, caractère névrotique.

En règle générale, nous avons dû recourir à la chimiothérapie pour atténuer suffisamment l'intensité des symptômes présentés à l'entrée par nos patients, afin de mieux abroder leur personnalité.

Ainsi le médecin est souvent conduit à dévoiler, développer ou purifier, derrière une symptomatologie masquante, la demande du malade.

Pour cela, le premier but est de créer une atmosphère qui permette au consultant de se faire connaître assez pour que le médecin parvienne à une appréciation juste de son état et de ses possibilités d'entrer dans une relation humaine.

Le second but, est de déterminer s'il y a quelque chose à faire dans ce cas et quoi.

Le troisième but, est d'aider le patient à voir que les conclusions du médecin découlent logiquement de ce qui s'est passé dans l'entretien et, en somme, de ce qui s'est passé et se passe dans sa vie. Si ces résultats sont obtenus, il y a là une base raisonnable pour l'importante décision à prendre : y-a-t-il quelque chose à faire et quelle thérapie faut-il entreprendre dans ce cas ?

Du point de vue du patient, l'entretien doit être une expérience marquante, où l'occasion lui est donnée de se faire connaître, d'être compris et d'être aidé à se voir lui-même dans une lumière nouvelle.

Si possible, cette nouvelle compréhension doit lui permettre de décider lui-même ce qu'il va faire et de mettre sa décision à exécution; si cela est trop difficile, le patient devra au moins être capable de voir pourquoi le médecin a pris la décision qu'il a prise, de l'accepter comme judicieuse et de coopérer à sa mise en oeuvre.

Comme le souligne Carl ROGERS : "C'est au patient lui-même qu'il incombe de se construire sa propre personnalité"

En nous référant aux cas que nous avons présentés, nous devons reconnaître que la seule fois où un malade présentait des traits manifestes de comportement et de caractère sadiques (Obs. 3), cette relation psychothérapeutique médecin-malade était impossible à établir.

Nous essaierons plus loin d'en découvrir les raisons.

3. - PSYCHOTHERAPIES INDIVIDUELLES :

a) non analytiques : Dès que la relation est rendue possible, deux buts doivent guider le thérapeute.

La technique :

D'abord son attention porte sur le réajustement du comportement extérieur du malade à l'égard de son entourage, son conjoint en particulier.

Ici le travail est centré sur ce que le patient fait, pourquoi il le fait, et le but est de l'aider à se conduire différemment.

Ensuite l'objectif est de l'aider à réajuster quelques-uns de ses problèmes intérieurs; le travail est ici centré sur les problèmes intra-psychiques du patient.

Au début, il faut encourager le malade à parler librement de tout ce qui lui paraît important. On essaie de lui faire comprendre le présent génétiquement en termes du passé; il peut ainsi arriver à voir, à la lumière de son passé

les motifs de sa conduite et pourquoi il s'attend à tel type de comportement de son conjoint à son égard. A partir de là, on peut lui montrer comment son attente le conduit à aimer ou à détester son conjoint, comment son comportement détermine ce conjoint à l'aimer ou à le détester et à attendre de sa part la conduite qui est précisément la sienne.

Le patient ainsi acquiert une image nouvelle de lui-même dans son entourage et peut reconsidérer certains de ses modes de pensée, de sentir, de se comporter.

Mais chaque fois qu'il utilise cette technique d'interprétation en termes de passé, le thérapeute doit garder constamment à l'esprit le danger qu'il y a à ignorer les sentiments inconscients de rancune et de culpabilité du patient, lesquels risquent alors de trouver une issue en dehors du traitement. C'est en fonction de ce risque que pour chaque malade le médecin devra adapter sa technique.

Dans son second objectif, le thérapeute aide le patient à surmonter ou résoudre un conflit intra-psychique et inconscient, sans lui offrir une analyse complète.

L'attention est centrée ici sur le conflit inconscient, plutôt que sur le résultat du conflit. Dans ce type de traitement, les silences ont autant d'importance que le récit lui-même et doivent être compris dans leur contexte; le thérapeute doit suivre les associations d'une idée ou d'un thème à l'autre. Ici les idées refoulées semi-conscientes ou inconscientes doivent être comprises.

Le médecin doit déchiffrer la signification spécifique qui appartient à son patient dans sa singularité, puis la lui expliquer. Dans ce but, il ne doit jamais essayer d'introduire de force ses "théories" dans l'histoire de son patient; il doit s'efforcer d'être non interventionniste et respecter les propositions de Carl ROGERS : "La thérapeutique non directive s'efforce de pénétrer dans le monde de l'expérience subjective de chaque patient et d'exprimer ce monde sans employer de termes objectifs et sans se référer à une terminologie déterminée."

L'attitude du médecin :

Il nous faut dire enfin qu'indépendamment de la technique adoptée par le médecin, son attitude a autant d'importance que toutes les communications verbales entre son patient et lui.

Elle doit être calme, attentive, vigilante et curieuse aussi. Ce qu'il doit rechercher ce ne sont pas les défauts dans le couple ou dans l'histoire personnelle, mais les malentendus, les exapérations, les contradictions douloureuses ou les omissions qui caractérisent et colorent les désirs, les espoirs et le champs de vision actuel du patient.

Il doit toujours savoir qu'il y a davantage à comprendre que ce qui apparaît à première vue et qu'il doit savoir attendre et écouter. S'il est trop pressé, son attitude risque d'être omnipotente et, plus que tout, cela empêcherait le développement d'une relation efficace entre lui et son patient.

Les résultats :

Si, après le traitement, le patient se sent plus à l'aise dans son entourage et établit de meilleures relations sans augmentation de tension ou apparition de symptômes nouveaux, s'il ressent un meilleur équilibre, une plus grande paix intérieure, le traitement peut être considéré comme réussi.

Mais c'est là le cas idéal. En pratique courante, il en est rarement ainsi. Souvent satisfait par sa technique de plaisir masochiste, notre patient n'accepte pas un traitement suivi ou le rompt vite pour retrouver les délices de son trouble. Si seulement nous l'avons aidé à reprendre son équilibre, même pathologique, nous dirons que nous n'avons pas vraiment échoué.

b) Analytique : Il y a une autre technique de thérapie individuelle qui peut convenir à des sujets masochistes : la psychanalyse.

L'indication :

Encore faut-il bien savoir poser cette indication qui dépend de plusieurs facteurs :

- la jeunesse du sujet
- une bonne intelligence
- une tonalité névrotique
- une bonne insertion sociale dans un milieu sain
- l'absence de traits psychotiques
- une réelle volonté et un désir profond de se soumettre à un tel traitement.

Nous avons souligné au cours de nos observations que ce traitement pouvait s'envisager pour Monsieur V... (observation n° 10) et Monsieur A... (observation n° 11) et autoriser un pronostic favorable.

La technique :

S. NACHT qui a plusieurs fois utilisé cette technique avec des sujets masochistes a rapporté les étapes essentielles de la cure psychanalytique.

Dans un premier temps, le patient, en raison de la fin que poursuit sa névrose (satisfaire au besoin de souffrance), essaie inconsciemment de se préserver de toute intervention thérapeutique menaçant de troubler le compromis névrotique sur lequel il vit.

Le psychanalyste a le devoir d'exposer objectivement au malade les avantages et les difficultés du traitement.

Pendant ce temps, plus ou moins long selon les cas, le patient en raison de son besoin de se servir de toutes les circonstances pour se faire souffrir, ne voit de son traitement que ce qui lui est désagréable; il utilise ainsi ce traitement comme auto-punition, ce qui le libère et lui permet non seulement de faire rapidement certains progrès dans son comportement dans la vie, mais aussi d'apporter quelques matériaux permettant d'amorcer l'action de la thérapeutique psychanalytique.

Celle-ci a pour but d'amener le malade à exprimer, donc à rendre conscient le contenu et les réactions de son psychisme inconscient, aidé en cela par les interprétations que lui donne l'analyste. Mais pour espérer guérir, le malade doit éprouver affectivement ce que la cure lui permet d'apprendre sur lui.

Tous les éléments du masochisme sont transférés par rapport à l'analyste. A lui de résister aux provocations masochistes du patient et de s'attacher uniquement à son rôle de "miroir qui ne reflète que ce qu'on lui montre" (FREUD).

Pendant longtemps, il doit se cantonner dans un rôle difficile, sans résultat apparent. Quand le malade a pris conscience de son besoin de souffrir, nous arrivons à la partie décisive du traitement.

Elle lui permet de se libérer de son agressivité infléchie et de se débarrasser ainsi de son masochisme.

Mais cette étape ne s'accomplit pas facilement et le malade peut rechuter; surtout à ce moment on observe la fameuse "reaction thérapeutique négative" décrite par FREUD : accentuation de la crainte de castration, aggravation des phénomènes de culpabilité, du besoin d'échec.

L'analyse de ces réactions doit se faire et permettre au malade l'intégration affective des matériaux psychiques inconscients.

Ainsi se réalise le but essentiel de la cure : le renforcement du moi. Il faut que la libération dont nous avons parlé se fasse dans le cadre de l'analyse en empruntant les voies que le transfert lui offre car, cela va de soi, il ne s'agit pas de faire d'un masochiste un sadique sous prétexte de le guérir.

L'analyste doit laisser le malade décharger son agressivité dans ses relations de transfert. Cette phase terminée, tout rentre dans l'ordre.

La personnalité modifiée et mûrie par le traitement doit pouvoir donner à l'agressivité une place adaptée et compatible avec le jeu sain de ses pulsions.

Mais souvent le fait de cesser le traitement, de se séparer de son analyste constitue une vraie difficulté pour l'analysé.

Parfois on est obligé de garder avec lui un certain contact, qui s'espacera de lui-même progressivement et de plus en plus.

4. - LES EFFETS SUR LE CONJOINT DE LA THERAPIE DE SON PARTENAIRE :

Nous avons envisagé l'évolution personnelle du patient, mais au niveau du couple et du lien conjugal que se passe-t-il ?

La psychothérapie, même lorsqu'elle ne s'accompagne pas de modifications apparentes du comportement ou des choix conscients du patients, entraîne une réaction chez son conjoint.

On comprendrait aisément que ce dernier puisse lui aussi, dans certains cas, avoir besoin d'une aide personnelle pour équilibrer des tendances névrotiques latentes, jusque-là réciproques, mais qui, désormais, n'ont plus leur répondant chez le partenaire guéri.

Si un tel cas se présentait, notre devoir serait d'entreprendre une psychothérapie du conjoint, selon les modèles que nous venons de décrire.

Nous nous devons de reconnaître que dans notre courte expérience, jamais nous n'avons eu à faire face à une telle demande. Nous essaierons plus loin de comprendre pourquoi.

5. - LA THERAPIE DU COUPLE :

Dans le domaine qui nous intéresse : le traitement du couple sado-masochiste, l'idéal est atteint quand il y a une demande conjointe des deux partenaires, qui rend possible une thérapie du couple proprement dite.

Conditions préalables à l'exercice de cette thérapie du couple:

Cette demande conjointe doit être suffisamment forte et doit répondre à un besoin profond des deux partenaires pour avoir quelque chance de rendre possible et utile l'exercice d'une véritable thérapie du couple.

Mais même dans ce cas, cette technique est formellement contre-indiquée si l'un des partenaires présente un délire de jalousie ou plus largement un désir passionnel.

Il est imprudent, en effet, d'entreprendre une psychothérapie aboutissant à souligner l'implication de chaque partenaire dans le problème conjugal; ce serait risqué de renforcer les mécanismes propres à l'origine du délire chez ce malade.

Les techniques :

Quand une approche conjointe est indiquée, le thérapeute doit choisir la technique qui lui paraît le mieux convenir dans le traitement du couple qu'il a devant lui.

. Il peut mettre l'accent sur l'amélioration de la communication entre les deux partenaires et leur interrelation.

Il utilise plusieurs types d'intervention : animation, reformulation non-directive, facilitation de l'expression, explicitation, construction, interprétation.

A travers cette thérapie se dégage ainsi une série de remises en question d'attitudes archaïques, établies naguère et dans des circonstances différentes, mais répétées comme telles dans le présent.

A travers des réflexions sur les aspects plus ou moins complémentaires des rôles joués, sur la plus ou moins grande dissymétrie des fonctions remplies, sur la plus ou moins grande réciprocité des effets thérapeutiques, s'organisent de nouvelles relations dont la caractéristique habituelle consiste en une beaucoup plus grande souplesse.

. D'autres fois, tout en gardant la formule de l'entretien conjoint, c'est l'axe thérapeutique qui est progressivement infléchi jusqu'à s'orienter vers une aide plus personnelle en faveur de l'un ou des deux conjoints, successivement ou simultanément. C'est au thérapeute de régler ses conduites selon ce qui lui apparaît le plus utile dans l'intérêt du couple.

. Enfin, on a recours parfois à la thérapie psychanalytique du couple.

L'indication de cette méthode doit être particulièrement bien pesée. Outre les conditions que nous avons exigées quand il s'était agi de psychanalyse individuelle, nous en ajoutons ici une nouvelle : le caractère névrotique du partenaire sadique devra être suffisamment affirmé; en d'autres termes, son agressivité n'offrira de prise à cette méthode de traitement que si elle a déclenché des mécanismes de défense et que ceux-ci s'exercent avec excès.

Nous percevons que dans le cadre de notre étude ce cas se présenterait rarement. La technique proprement dite est caractérisée par la prise de conscience à la fois personnelle et conjugale de processus jusque-là inconscients et profonds, en particulier, d'inhibitions dont la levée permet à la fois l'évolution maturative de chaque partenaire et leur inter-communication dans le couple.

Les difficultés qui s'opposent à l'exercice de la thérapie du couple :

Si dans la littérature psychiatrique et psychanalytique ces psychothérapies conjointes sont souvent évoquées et même à propos de couples sado-masochistes (J.G. LEMAIRE; E. LEMAIRE; ARNAUD; CAHEN), nous devons confesser que dans notre propre expérience, bien courte il est vrai, nous n'avons jamais pu y recourir.

Cela ne nous a pas été permis, car aucun partenaire sadique de nos patients masochistes n'a manifesté le besoin d'entrer en relation thérapeutique avec nous (exception faite pour Monsieur C... (observation n° 4), mais le cas de ce patient est bien particulier comme nous l'avons pu constater).

Il est certain que pour ce qui concerne les partenaires à caractère sadique, les fonctions du "surmoi" pêchent par leur faiblesse, voire leur absence (obs. n° 3), alors que le "moi", totalement envahi par la pulsion agressive, ne lui oppose aucune résistance.

Dès lors pourquoi de tels individus éprouveraient-ils le besoin de s'affirmer comme malades et de demander une quelconque assistance ?

Même dans les cas où leur sadisme s'exprime discrètement, ils sont inconscients de leur trouble, et aussi plutôt que d'en souffrir ils en jouissent.

Pour eux assurément le malade, c'est le conjoint; ils tirent de cette affirmation, de cette certitude, d'appréciables bénéfices secondaires : eux ne sont pas malades, les conjoints ont décompensé sous l'effet de leurs jeux sadiques et eux savourent leurs triomphes.

Comment des sentiments de culpabilité pourraient-ils naître en eux, puisqu'ils sont persuadés que leurs conjoints méritent de tels châtiments et que ce sont leurs conjoints qui sont malades ? Ce sont semble-t-il les raisons essentielles qui rendent difficile, sinon impossible, la formulation d'une demande conjointe d'assistance.

6. - NOS RESULTATS :

Voilà pourquoi notre ambition d'aborder, de façon globale, la thérapie des couples sado-masochistes, a dû se limiter en pratique à l'approche psychothérapeutique des seuls conjoints masochistes.

Et même pour eux, il faut reconnaître que les résultats obtenus sont bien en dessous de ce que pourrait légitimement espérer un thérapeute consciencieux et ambitieux.

Avons-nous pour autant échoué ?

Tenons compte de la structure psychique particulière de ces sujets qui les conduit à des types très spécifiques de choix et d'organisations conjugales.

Si généralement ils souffrent dans leur vie amoureuse, ils y réalisent toutefois un certain "équilibre": ils s'y montrent stables, appuyés névrotiquement l'un sur l'autre. C'est pourquoi ils s'avèrent individuellement et conjugalement rebelles à la plupart des thérapies, comme à la plupart des appels au bon sens, à la logique, à la morale ou à la raison, que ne manque pas de leur prodiguer un entourage conscient de leur souffrance et troublé par elle.

Ces considérations atténuent nos déceptions.

o o o

REMARQUES d'ORDRE PROPHYLACTIQUE

= = = = =

1. - RESPONSABILITE DES FACTEURS FAMILIAUX DANS LA PRE-DISPOSITION AU SADO-MASOCHISME;

Lorsque l'on examine l'enfance des partenaires d'un couple sado-masochiste, on rencontre toujours, à un certain moment, une situation de désarroi et d'insécurité profonde due, soit à l'instabilité du foyer, soit à des abus ou à des défaillances du rôle protecteur des parents.

A cette situation traumatisante, l'un des futurs partenaires de ce couple répond par une agressivité ouverte et une opposition au milieu : c'est l'origine d'un style de vie dominateur et violent, aux tendances brutales et asociales; l'autre réagit de façon opposée par une attitude d'arriération et de chantages affectifs : c'est une réaction de désir et de crainte à la fois, dont l'aboutissement est le caractère masochiste.

2. - CONSEQUENCES POUR DES MESURES PROPHYLACTIQUES:

A) Eviter les causes de troubles affectifs:

Pour éviter que ne se forment chez l'enfant les réactions névrotiques qui sont à l'origine du couple sado-masochiste, il faut donc d'abord que les parents s'abstiennent de toute action maladroite ou inconsidérée, susceptible d'insécuriser l'enfant, c'est-à-dire qu'ils se gardent de tout ce qui peut exaspérer en lui des sentiments d'agressivité, ou des sentiments de frustration et d'abandon, ou des sentiments d'infériorité.

oOo

1) Sentiments d'agressivité et de culpabilité: Les réactions d'agressivité sont nombreuses chez l'enfant.

FREUD a attiré l'attention sur certaines d'entre elles qui sont une riposte naturelle au sentiment de frustration; elles peuvent engendrer un sentiment de culpabilité.

La formule "Frustration-Agressivité-Angoisie" est très explicite à cet égard.

Le mauvais caractère peut être une attitude de représailles envers les parents; il joue, à plus forte raison, dans le cas d'un divorce ou d'un remariage.

Cependant, l'agressivité est indispensable à la vie et alimente aussi bien l'ambition, le courage et le travail que la violence. La question se pose donc de savoir quelle attitude adopter en face des tendances agressives de l'enfant.

Selon S. NACHT, "il semble que toute interdiction trop complète, trop violemment exprimée, risque, en bloquant toute l'agressivité, de mettre l'enfant dans la nécessité de la retourner contre lui sous forme de masochisme.

Il paraît moins périlleux de ne pas opposer systématiquement des barrières à cette agressivité et de lui laisser trouver des obstacles à sa mesure dans les réactions spontanées qu'elle soulèvera nécessairement dans l'entourage, à mesure qu'elle se manifestera".

Il faut donc laisser à l'enfant le soin de mesurer les limites fixées à son agressivité et de s'y arrêter, mais sans l'intervention de menaces ni de punitions.

- Problème des sanctions - Une sanction efficace est plus une attitude qu'un acte et nous ne devons pas oublier que, si l'efficacité des punitions est souvent contestable, en revanche les conséquences les plus fâcheuses peuvent résulter d'une punition si l'enfant la ressent comme une injustice, surtout lorsque l'ensemble des conditions affectives et familiales laisse à désirer. Nous savons également quel rôle la punition peut jouer dans la genèse du masochisme.

Nous n'utiliserons donc la punition qu'avec une grande prudence, et nous nous rappellerons avec Gilbert ROBIN que "celui-là seul sait le mieux punir qui sait combiner le jeu le plus varié de récompenses".

Cela n'est pas un paradoxe car punir n'est pas se venger, c'est améliorer; et priver un enfant d'un avantage acquis ou obtenu a plus de poids qu'une punition.

2) Sentiments de frustration et d'abandon : Quand certaines circonstances font naître chez l'enfant un état pénible de "frustration" libidinales, par exemple quand l'enfant est privé de tendresse ou, ce qui arrive encore plus souvent, lorsqu'on la lui retire brusquement, cet état est mal supporté par l'enfant qui y répond par une libération excessive d'agressivité.

Un sentiment de frustration et d'abandon peut naître aussi d'une carence d'autorité ou d'un obstacle insurmontable rencontré sur le chemin d'un but normal poursuivi.

Ces réactions affectives peuvent laisser des traces qui, plus tard, serviront de point d'appel pour des conduites de type sado-masochiste.

Il conviendra donc de les éviter soigneusement. Une attitude toujours affectueuse, tendre et sécurisante est le meilleur obstacle à une réaction de démission, de chantage affectif ou d'angoisse.

3) Sentiments d'infériorité: L'enfant ressent un sentiment d'infériorité lorsque, mis en présence d'une tâche où il échoue, il écarte de son affectivité cette tâche difficile.

Ce n'est pas un sentiment de non-valeur, c'est un retrait du champ des valeurs. Quand ce sentiment d'infériorité se heurte à l'incompréhension ou aux maladresses des parents qui y répondent par une sanction, il peut y avoir chez l'enfant une formation de "mauvaise conscience" et une fixation au stade de la honte. Cela a souvent pour conséquence des mensonges, des fugues, des tricheries et peut aboutir plus tard, soit à une réaction d'opposition systématique caractéristique du style de vie dominateur et violent, soit à une réaction de désir et de crainte à la fois, à la base du caractère masochiste. Il faut donc veiller à ne jamais décourager l'enfant, à ne lui confier que des tâches qu'il est en mesure d'accomplir et à lui prêter assistance lorsqu'il a besoin d'aide.

Le sentiment d'infériorité peut être lié lui-même à un profond sentiment d'insécurité: à cause d'une éducation

incohérente ou humiliante, l'enfant se sent abandonné.

Le remède est alors dans un climat de confiance et d'amour : rien ne valorise et ne rassure le moi, rien ne l'encourage à s'affirmer comme la certitude d'être aimé; rien ne l'inquiète comme la crainte de ne l'être pas.

La fière formule : "point n'est besoin d'espérer pour entreprendre" est fausse lorsqu'il s'agit de l'enfance. L'enfant a besoin d'espérer pour être courageux.

oOo

B) Aider l'enfant à résoudre par lui-même les problèmes posés par un excès de ses pulsions:

L'enfant peut être aidé aussi d'une façon positive. Il s'agit, pour cela, de lui faciliter la résolution par lui-même des problèmes posés par ses pulsions libidinales et agressives.

La liberté de l'enfant ne saurait être totale: Il y a en effet, dans les instincts de l'enfant, une force élémentaire mais susceptible de transformations considérables.

C'est un peu comme une eau qui coule en torrent sur sa pente naturelle, mais qui peut être dérivée et transformée par des canalisations et des barrages. Il faut seulement ne pas perdre de vue alors que les barrages n'ont pas pour fonction de barrer, mais de transformer. Brimer les forces naturelles de l'enfant, ce serait appauvrir la vitalité future de sa personnalité. Ne pas les transformer, ce serait laisser à l'état brut ce qui aurait pu s'épanouir dans l'humain.

Liberté et autorité: L'enfant ne possède pas encore beaucoup de capacité réelle de maîtrise : les moyens intérieurs auxquels il a recours pour se débarrasser d'impulsions gênantes ou de sentiments désagréables sont souvent massifs et dangereux.

Ainsi, le blocage à la source de l'agressivité peut, nous l'avons vu, être à l'origine du masochisme.

De même, la sexualité ou la peur peuvent submerger l'enfant et l'adolescent et subsister inconsciemment bien au-delà des situations qui les ont suscitées.

Il est donc nécessaire que l'enfant soit aidé pour pouvoir accéder à son autonomie. Lâcher toutes les brides à sa liberté sous prétexte de respecter ses forces naturelles, c'est risquer de le maintenir au niveau du "principe de plaisir et ne pas l'aider à reconnaître les inévitables contraintes de la réalité.

Un enfant capricieux à qui l'on demande à tout propos ce qu'il désire, ce qu'il préfère, qui voit soumise à ses fantaisies la vie de la communauté familiale, devient généralement un tyran familial et plus tard un tyran conjugal.

L'attitude des parents qui abdiquent toute autorité vis-à-vis de leurs enfants (cas de la mère qui écrase ses enfants du poids de son amour et ne sait rien leur refuser; cas du père qui veut être "le camarade" de ses enfants) relève d'un certain masochisme (goût de servir à tout prix au lieu de commander), et ne vaut guère mieux, sur le plan éducatif, que le sadisme avéré de pitoyables "bourreaux d'enfants".

Règles à observer:

a) conditionnement en vue d'un régime stable; L'instinct de soumission joue un rôle important chez l'enfant. A la maison, comme à l'école, l'enfant éprouve le besoin d'une autorité, le besoin de suivre des règles, le besoin d'être entouré d'ordre et de stabilité car cela satisfait son sentiment de sécurité.

Une certaine discipline est indispensable pour cela. Il importe notamment d'organiser un milieu stable.

Dans une famille où la toilette a toujours lieu sitôt le lever de l'enfant, où les heures de repas ne varient pas constamment, l'enfant s'y plie plus facilement que dans une autre où ces obligations ne se présentent, pour une raison ou une autre, que de façon irrégulière. Il faut donc faire prendre à l'enfant de bonnes habitudes, qui soutiennent sa volonté encore faible tout en le familiarisant avec l'effort.

b) Encourager l'esprit d'initiative et l'exercice de la volonté de l'enfant: Mais le conditionnement par l'habitude et par la règle ne doit pas empêcher le développement de l'activité créatrice de l'enfant. La permission de faire des choses nouvelles, l'encouragement aux initiatives, le droit de courir des risques -mesurés, bien entendu- contribuent à fortifier la personnalité de l'enfant.

c) Faciliter le contact avec d'autres enfants: On facilitera aussi le contact de l'enfant avec d'autres enfants.

PIAGET a montré comment le sentiment de la règle lui-même s'instaure dans les groupes d'enfants, notamment à l'occasion du jeu, et passe, dans la conscience de chacun, de la forme hétéronomique à la forme autonome.

De même, bien des processus psychiques et des sentiments sociaux (plaisir d'agir ou de parler côte à côte, adaptation réciproque des gestes et des paroles, sentiment de force et de sécurité que donne le groupe, joie d'oeuvres en commun, camaraderie et enfin amitié) semblent répondre originellement à une espèce d'interattraction du semblable par le semblable.

d) Tirer parti de la sublimation: Enfin, parmi les moyens qu'a l'enfant de résoudre par lui-même les problèmes posés par ses pulsions, la sublimation occupe une place très grande.

On sait que c'est une défense du moi par laquelle l'énergie instinctuelle (libidinale ou agressive) se décharge dans des activités qui n'ont qu'un lien symbolique avec le but instinctuel primitif.

Bien que FREUD ait souligné la difficulté de sublimer les tendances agressives, on a relevé dans l'émulation et dans l'ambition des voies de sublimation de l'agressivité et du sadisme.

De même, S. NACHT pense que toute forme d'énergie, de courage, de travail même, peut fournir une telle sublimation.

Les pulsions libidinales, quant à elles, peuvent se sublimer dans des activités multiples telles que le jeu, les activités artistiques : modelage-dessin-peinture-photographie-musique-poésie-danse-théâtre, les joies du groupe et de l'amitié, la lecture, les travaux de la terre, etc...

Comme toutes les autres défenses du moi, la sublimation ne peut être commandée du dehors.

On ne saurait donc la contraindre, mais on peut la provoquer en mettant l'enfant en présence des objets qui risquent de détourner sur eux l'énergie de ses pulsions primitives.

Pour cela, une bonne éducation doit non seulement encourager le travail scolaire de l'enfant, mais faire une place de choix, en dehors de l'école, aux activités ludiques, artistiques et sportives, ainsi qu'aux joies du groupe et de l'amitié.

C O N C L U S I O N

= = = = =

Nous avons choisi d'étudier la relation de type sado-masochiste au niveau du couple parce que le couple représente la forme de relation humaine la plus intime.

Mais dans toute relation inter-humaine, il existe un fond sado-masochique, même s'il ne prend pas souvent des proportions pathologiques.

LAGACHE fait du sado-masochisme la principale dimension des relations inter-humaines et il montre la difficulté de l'homme à dépasser ses compulsions de domination-soumission.

Assurément la construction de bonnes relations entre les individus et entre les groupes est difficile à l'homme. Les réalisations de l'homme sont remarquables dans l'ordre de la science, de la technique et de l'art où il a affaire à la matière; en revanche, lorsqu'il s'agit de son action au sein du couple, de la famille, de la nation ou des nations, sa passion du pouvoir et sa volonté de dominer constituent trop souvent un obstacle au progrès et à la paix.

Néanmoins, nous devons espérer : puisque l'homme est appelé à évoluer, il dépend aussi de nous que ce soit dans le sens d'une amélioration des rapports interpersonnels. Il nous faut donc encourager l'établissement de relations basées sur le respect de l'autre, sur l'égalité et sur l'amour.

Plus encore, la société doit accepter le dialogue, le conflit et les affrontements non violents comme facteurs de progrès.

Nous devons imaginer l'homme futur non seulement en fonction de ce qu'est l'homme aujourd'hui, mais aussi en fonction de ce que nous voudrions qu'il soit. De sa qualité dépendra celle de la société de demain et particulièrement celle du couple, première cellule sociale.

B I B L I O G R A P H I E

= = = = =

- 1 ALBY J.M. - A propos d'un fantasme sadomasochique.
Revue française de psychanalyse, 1971, 2, (3), 277-285.
- 2 AULAGNIER-SPAIRANI P., CLAVREUL J., PERRIER F.,
ROSOLATO G., VALABREGA J.P. - Le désir et la perversion.
Seuil, Paris, 1967.
- 3 AYD F.J. - Les dépressions et leur diagnostic.
P.U.F., Paris, 1965.
- 4 AZOULAY J. - Etude psychopathologique d'un délirant jaloux.
Entretiens psychiatriques, 1959, 8, 53-106.
- 5 BALINT M., BALINT E. - Techniques psychothérapeutiques
en médecine.
Payot, Paris, 1970.
- 6 BERNEY R., ORANGE M.G. - Neurotic interaction in marriage.
Journal of medical society of New Jersey, 1970, 67, 593-599.
- 7 BONAPARTE M. - L'épilepsie et le sadomasochisme dans la
vie et l'oeuvre de Dostoïewski.
Revue française de psychanalyse, 1962, 6, 715-730.
- 8 BONAPARTE M. - La sexualité de la femme.
P.U.F., Paris, 1967.
- 9 BOREL J. - Le déséquilibre psychique.
P.U.F., Paris, 1947.
- 10 BORNSTEIN S. - L'alcoolisme conjugal.
Entretiens psychiatriques, 1965, (14), 42-82.
- 11 BOUVET M. - Oeuvres psychanalytiques.
Tome 1 : la relation d'objet.
Payot, Paris, 1972.
- 12 CASTETS B. - Du sadisme et du masochisme. A propos de
"l'Histoire d'O" de Pauline REAGE.
Evolution psychiatrique, 1969, 34, 47-63.
- 13 CHASSEGUET-SMIRGEL J. - La sexualité féminine.
Payot, Paris, 1972.
- 14 CHAZAUD J. - Les perversions sexuelles.
Privat, Toulouse, 1973.
- 15 CRAGO M. - Psychopathology in married couples.
Psychological bulletin, 1972, 77, (2), 114-128.
- 16 DACHARRY J.C. - Jalousie et dépression.
Evolution psychiatrique, 1972, 37, (3), 587-593.

- 17 DANON BOILEAU H. - La colère et l'angoisse.
Evolution psychiatrique, 1964, 29, (3), 463-498.
- 18 DAUMEZON G., AULAGNIER-SPAIRANI P., MARTIN P.,
ROSOLATO G., CLAVREUL J. - La perversion.
Revue de psychanalyse : "L'inconscient", 1967, (2), 1-88.
- 19 DEUTSCH H. - La psychologie des femmes.
P.U.F., Paris, 1969, 2 Tomes.
- 20 DOMINIAN. - Marital pathology.
British journal of psychiatry, 1972, 121.
- 21 DONGIER M. - Névroses et troubles psychosomatiques.
Charles Dessart, Bruxelles, 1971.
- 22 DREYFUS-MOREAU J. - L'impuissance sexuelle.
Casterman, Tournai, 1972.
- 23 DUMAS G. - Nouveau traité de psychologie.
Félix Alcan, Paris, 1939, Tome VI.
- 24 EY H. - Etudes psychiatriques.
Desclée de Brauer, Paris, 1952, tome 1, étude n°6, pp.103-
- 2e édition - 106.
- 25 EY H. - Etudes psychiatriques.
Desclée de Brauer, Paris, 1950, Tome 2, étude n° 13,
pp. 233-340.
- 26 EY H., BERNARD P., BRISSET C. - Manuel de psychiatrie.
Masson, Paris, 1970.
- 27 FENICHEL O. - La théorie psychanalytique des névroses.
P.U.F., Paris, 1953, 2 Volumes.
- 28 FINKELSTEIN J. - A propos de quelques conduites masochiques;
Revue française de psychanalyse, 1962, 26, 67-86.
- 29 FISHER N., CRABTREE H. - A sadomasochistic struggle in
group psychotherapy.
American journal of psychotherapy, 1969, 23, 495-504.
- 30 FREUD S. - Névrose, psychose et perversion.
P.U.F., Paris, 1973.
- 31 FREUD S. - Trois essais sur la théorie de la sexualité.
Gallimard, Paris, 1962.
- 32 FREUD S. - Malaise dans la civilisation.
Revue française de psychanalyse, 1970, 34, 9-80.

- 33 FREUD S. - Essais de psychanalyse.
Payot, Paris, 1963.
- 34 FREUD S. - Métapsychologie.
Gallimard, Paris, 1969.
- 35 GAYRAL L. - Précis de psychiatrie.
Baillière, Paris, 1967.
- 36 GENTIS R. - Les alcooliques.
Editions du Scarabé, Paris, 1968.
- 37 GERARD H.P. - Une attitude dans la vie : le masochisme.
Cahiers Sandoz : neurologie-psychiatrie, 1972, (4), 27-41.
- 38 GUEX G. - Le syndrome d'abandon.
P.U.F., Paris, 1973.
- 39 HESNARD A. - Traité de sexologie normale et pathologique.
Payot, Paris, 1933.
- 40 HORST-EBERHARD R. - Psychanalyse de la famille.
Mercure de France, Paris, 1971.
- 41 ISRAEL L. - La victime de l'hystérie.
Evolution psychiatrique, 1967, 32, (3), 517-546.
- 42 JONES E. - Théorie et pratique de la psychanalyse.
Payot, Paris, 1969.
- 43 KLEIN M., RIVIERE J. - L'amour et la haine.
Payot, Paris, 1973.
- 44 KREITMAN N., COLLINS J., NELSON B., TROOP J. - Neurosis
and marital interaction.
British journal of psychiatry, 1970, 117, (536), 33-58.
- 45 LAFORGUE R. - Psychopathologie de l'échec.
Payot, Paris, 1939.
- 46 LAGACHE D. - Situation de l'agressivité.
Bulletin de psychologie, 1960, 14, 99-112.
- 47 LAPLANCHE., PONTALIS. - Vocabulaire de la psychanalyse.
P.U.F., Paris, 1967.
- 48 LEISH M. - Sadism and masochism.
Medical world journal, 1960, 93, 363-367.
- 49 LEMAIRE J.G. - Les thérapies du couple.
Payot, Paris, 1971.

- 50 LEMAIRE J.G., LEMAIRE-ARNAUD E. - Les conflits conjugaux.
Expansion scientifique française, Paris, 1970.
- 51 LEVIN S. - Further comments on a common type of marital
incompatibility.
Journal of american psychoanalytical association, 1969, 17,
1097-1113.
- 52 LILAR S. - Le couple.
Grasset, Paris, 1963.
- 53 MERIC M. - Le mariage névrotique.
Gonthier, Paris, 1967.
- 54 MILLET L. - La colère. (essai psychopathologique).
Thèse méd. Toulouse, 1960.
- 55 NACHT S. - Le masochisme.
Payot, Paris, 1965.
- 56 NACHT S. - De la pratique à la théorie psychanalytique.
P.U.F., Paris, 1966.
- 57 OSTAPTZEFF G., OSTAPTZEFF-LAVOINE M., DREME C. - Psychoses
aiguës et couple pathologique.
Annales médico-psychologiques, 1969, 1, (5), 757-770.
- 58 OSTOW M., CHOLST B. - Marital discord.
New York state journal of medicine, 1970, 70, (2), 257-266.
- 59 PELICIER Y., PELLET J., COTTRAUX J., RUPERT R.,
BAILLY-SALIN P., ZACKLAD M.E., KRIEF J., MELMAN C.,
MUTRUX S., ISRAEL L., SUBRA-CHARPENTIER N., BENDA P.,
BARROIS C. - Confrontations psychiatriques : L'alcoolisme.
1972, (8).
- 60 POROT A. - Manuel alphabétique de psychiatrie.
P.U.F., Paris, 1969.
- 61 RANJEVA H. - Contribution à l'étude de la personnalité
de la victime.
Thèse Méd. Toulouse, 1964, n° 68.
- 62 RACAMIER P.C. - Agression et jalousie : deux singuliers
visages de la jalousie.
Evolution psychiatrique, 1968, 33, (2), 291-307.
- 63 REICH W. - Le caractère masochiste.
Intersecteur, 1970, (23), 18-39.

- 64 REICH W. - La fonction de l'orgasme.
L'Arche, Paris, 1972.
- 65 REIK T. - Le masochisme.
Payot, Paris, 1971.
- 66 ROBIN G. - Les haines familiales.
Gallimard, Paris, 1926.
- 67 ROGERS C., KINGET M. - Psychothérapie et relations
humaines.
Publications universitaires, Louvain, 1966.
- 68 ROSOLATO G. - Les perversions sexuelles.
Encyclopédie médico-chirurgicale, psychiatrie, 1955,
37392 A₁₀ et C₁₀.
- 69 ROUART J. - Les névroses.
Encyclopédie médico-chirurgicale, psychiatrie, 1955,
37300 A₁₀, A₂₀, A₃₂, A₄₀, A₅₀.
- 70 SADGER J. - A contribution to the understanding of
sado-masochism.
International journal of psychiatry, 1926, 7, 484-492.
- 71 SYMONDS M. - Marital disharmony and character structure.
American journal of psychoanalysis, 1970, 30, 73-86.
- 72 THIBAUT O. - Le couple, aujourd'hui.
Casterman, Tournai, 1971.
- 73 TORDJMAN G. - La maladie conjugale.
Denoël, Paris, 1973.
- 74 TRILLAT E. - Les déséquilibrés.
Encyclopédie médico-chirurgicale, psychiatrie, 1965,
37310 A₁₀.
- 75 SCHINDLER W. - Betrachtungen Über den Sado-Masochismus
und dessen Erscheinungsformen.
Z Psychother Med psychol, 1964, 14, 62-74.
- 76 WEINBERGER J.L. - Une triade du silence : silence, maso-
chisme et dépression.
Revue française de psychanalyse, 1965, 29, (2-3), 257-270.

